CONSEIL DES UNIVERSITÉS

Treizième rapport annuel
1981-1982

Québec

CONSEIL DES UNIVERSITÉS

Treizième rapport annuel
1981-1982

Québec

Manuscrit:
Conseil des universités

Publication réalisée
à la Direction générale
des publications gouvernementales
du ministère des Communications

Dépôt légal — 1er trimestre 1983 — Code 56-1027
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 2-550-05535-7
ISSN 997-6200-0383-4611
© Éditeur officiel du Québec

CONSEIL DES UNIVERSITÉS

Treizième rapport annuel
1981-1982

Québec

Québec, décembre 1982

Monsieur Camille Laurin
Ministre de l'Éducation
1035, De La Chevrotière
Québec (Québec)
G1R 5A5

Monsieur le Ministre,

Conformément à l'article 17 de la loi du Conseil des universités, j'ai l'honneur de vous présenter le treizième rapport annuel du Conseil. Il couvre la période d'activités s'étendant du 1er juillet 1981 au 30 juin 1982.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Le Président

Jacques L'Écuyer

Québec, décembre 1982

Monsieur Claude Vaillancourt
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du gouvernement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel du Conseil des universités pour l'exercice terminé le 30 juin 1982.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de l'Éducation,

Camille Laurin

Composition du Conseil
(en date du 1er juillet 1982)

	Expiration du mandat
Monsieur Jacques L'ÉCUYER, président	17 novembre 1986
Madame Francine BERNARD Professeur École des Hautes Études Commerciales Montréal	17 novembre 1985
Madame Georgette BESNARD Directrice Centre de main-d'oeuvre du Québec Montréal	
Monsieur Michel DESPLAND Vice-recteur associé Université Concordia Montréal	10 novembre 1985
Madame Mireille FILLION Directrice, Évaluation et analyse des programmes Fédération des CLSC du Québec Montréal	26 mars 1984
Monsieur Jean-Guy FRENETTE Directeur de la recherche Fédération des Travailleurs du Québec Montréal	26 mars 1984
Madame Danielle GAUVREAU Étudiante Département de démographie Université de Montréal Montréal	16 juin 1985
Monsieur Guy MASSICOTTE Directeur des communications et de la planification Université du Québec à Rimouski Rimouski	19 janvier 1986
Monsieur André NORMANDEAU Professeur Département de criminologie Université de Montréal Montréal	17 novembre 1985

Madame Christine PIETTE Professeur Faculté des lettres Université Laval Québec	26 mars 1984
Madame Christiane QUERIDO Présidente de la Commission de la recherche universitaire Conseil des universités Québec	30 avril 1985
Monsieur José ROY Étudiant Faculté de droit Université Laval Québec	27 avril 1986
Monsieur Norman RYAN Directeur de la recherche Ministère de l'Éducation Québec	
Madame Micheline STE-MARIE, m.d. Professeur Département de pédiatrie Centre hospitalier de l'Université Laval Ste-Foy	16 mars 1986
Monsieur Léo VIGNEAULT Secrétaire général adjoint Union des producteurs agricoles Montréal	8 novembre 1982
Monsieur Robert VOLDERS Directeur de la planification générale Hydro-Québec Montréal	11 juin 1984
Madame Madeleine PERRON, secrétaire	

Table des matières

		Page
I	**Bilan et perspective du Conseil des universités sur l'enseignement supérieur au Québec**	3
	1.1 Une situation préoccupante pour la poursuite des grands objectifs	3
	1.2 Des interventions gouvernementales plus pressantes	4
	1.3 Des universités vulnérables et divisées	4
	1.4 Une formule de financement inadéquate	5
II	**Les activités du Conseil des universités**	9
	2.1 Questions d'ordre général	9
	2.2 Les questions liées à la recherche universitaire	11
	2.3 Les questions reliées aux programmes d'enseignement	12
	2.4 Le financement des universités	14
III	**Fonctionnement du Conseil en 1981-1982**	17
IV	**Coordination de l'enseignement**	21
	4.1 Mandat du Comité conjoint des programmes	21
	4.2 Composition du Comité conjoint des programmes	21
	4.3 Évaluation des projets de nouveaux programmes d'études universitaires soumis à l'automne 1981	22
	4.4 Évaluation des projets présentés par les universités à l'intérieur des deux volets du Fonds de développement pédagogique	23
	4.5 Révision des programmes dont l'implantation était assortie de conditions	24
	4.6 Autres études	24
V	**Coordination de la recherche universitaire**	33
	5.1 Mandat de la Commission de la recherche universitaire	33
	5.2 Travaux de la Commission en 1981-1982	33
VI	**Financement de l'enseignement supérieur**	39
	6.1 Mandat et composition du comité	39
	6.2 Activités du comité en 1981-1982	39

Liste des annexes

				Page
I	**Loi du Conseil des universités**			43
II	**Avis rendus par le Conseil des universités en 1981-1982:**			57
	No 81.1	Avis sur la place des étudiants dans l'université.	81/9/17	59
	81.2	Avis sur le programme de doctorat en océanographie de l'Université du Québec à Rimouski.	81/9/17	71
	81.3	Avis sur l'opportunité d'implanter à l'Université de Sherbrooke un nouveau programme de maîtrise en nutrition communautaire.	81/10/16	75
	81.4	Avis sur les projets soumis par les universités dans le cadre du Fonds de développement pédagogique 1981-1982.	81/10/16	79
	81.5	Avis sur l'opportunité d'implanter à l'Université du Québec à Hull un programme de baccalauréat en physiothérapie.	81/12/10	97
	81.6	Avis sur les programmes de spécialisation médicale.	82/1/22	101
	81.7	Avis sur le rapport du Comité d'étude sur la recherche nordique.	82/3/19	375
	81.8	Avis sur le plan de développement de la biotechnologie soumis par l'Institut Armand-Frappier au titre du programme «d'actions structurantes» du MEQ.	82/3/19	385
	81.9	Avis sur l'opportunité d'implanter six programmes d'études universitaires.	82/3/19	393
	81.10	Avis sur le rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières.	82/3/19	405
	81.11	Avis sur des projets soumis par les universités à l'intérieur du second volet du Fonds de développement pédagogique.	82/4/16	463
	81.12	Avis sur le financement du réseau universitaire 1982-83.	82/4/30	467
	81.13	Avis sur le financement spécial à accorder aux nouveaux programmes d'études jugés prioritaires.	82/5/21	523
	81.14	Avis sur l'opportunité d'implanter à l'Université de Montréal un programme de certificat de 2e cycle en toxicologie.	82/5/21	527
	81.15	Avis sur la répartition des ressources entre les établissements pour 1982-83.	82/5/21	531
	81.16	Avis sur le schéma de développement des systèmes de données sur le réseau universitaire.	82/5/21	537
	81.17	Avis sur la demande de subvention «d'action structurante» de l'UQAR en océanographie et gestion des ressources maritimes.	82/6/18	543
	81.18	Avis sur l'opportunité d'implanter un programme de doctorat en études européennes soumis par l'UQAM et l'Université Concordia.	82/6/18	559
	81.19	Avis sur le programme géré conjointement de maîtrise en gestion de projets de l'Université du Québec.	82/6/18	563

I. Bilan et perspective du Conseil des universités sur l'enseignement supérieur au Québec

I. Bilan et perspective du Conseil des universités sur l'enseignement supérieur au Québec

Ce qui aura marqué de façon particulière l'enseignement supérieur durant la période s'étendant du 1er juillet 1981 au 30 juin 1982, c'est sans aucun doute le contexte financier difficile dans lequel doivent vivre les universités par suite du niveau insuffisant des subventions gouvernementales qui leur ont été octroyées. Bien entendu l'austérité financière n'aura pas été le lot des seules universités, mais on peut dire sans se tromper qu'il les aura affectées très profondément ayant conduit à des remises en cause de certaines de leurs pratiques les mieux établies et à des interventions extérieures de plus en plus précises. À l'occasion de son rapport annuel, le Conseil a voulu faire ressortir quelques-unes des implications les plus sérieuses de cette situation pour l'avenir.

1.1 Une situation préoccupante pour la poursuite des grands objectifs

Dans son discours sur «L'Avenir des universités québécoises» en février 1981, le ministre de l'Éducation les invitait à «faire mieux et plus, mais avec des ressources qui ne croîtront plus au même rythme». En fait, les subventions de la dernière année n'ayant pas suivi le taux d'inflation et les perspectives pour les prochaines paraissant très sombres, les universités se sont vu obligées à des ajustements importants qui mettent en cause la poursuite même des objectifs de l'enseignement supérieur: introduction de nouveaux contingentements dans certains programmes, diminution des postes de professeurs par la terminaison des contrats des non permanents ou par non renouvellement des postes vacants, diminution du support à certaines activités internes, et l'énumération pourrait s'allonger. Et de telles mesures n'ont pas été suffisantes pour réaliser l'équilibre financier. Car, il importe de le noter, il est extrêmement difficile pour une organisation comme l'université de s'adapter rapidement à des changements aussi brusques de son niveau de financement étant donné la façon dont les consensus s'y réalisent et l'étroitesse de la marge de manoeuvre de la direction. Il y a lieu d'être inquiet.

Plusieurs universités ont entrepris au cours de la dernière année une révision de leurs activités dans le but de préciser leurs priorités et de préserver les secteurs où leur contribution est la plus utile et la mieux qualifiée. Ce sont là des initiatives essentielles qui devraient permettre un développement plus ordonné de chacun des établissements.

Mais cette opération elle-même possède des limites étant donné le peu de mobilité, même interne, des ressources universitaires, la difficulté de mettre fin à des activités moins intéressantes et les nouveaux besoins qui se manifestent parfois de façon impérative. Dans un tel contexte, les choix des priorités des diverses universités, s'ils sont faits en vase clos, risquent de conduire à de graves détériorations de certains secteurs du savoir ou à l'abandon de certaines initiatives moins immédiatement rentables, par exemple dans le domaine des services à la collectivité.

La pratique de la concertation se fait donc de plus en plus nécessaire et le Conseil accueille avec beaucoup d'intérêt les diverses démarches en ce sens: mise sur pied d'un bureau des admissions de la région montréalaise, recherches de possibilité de concertation dans certains domaines ou entre certaines universités. Et il entend y contribuer lui-même entre autres par des études portant sur l'enseignement et la recherche dans certains secteurs comme il l'a fait cette année pour les spécialités médicales et les sciences infirmières.

Ces diverses mesures de concertation et de révision de priorités devraient permettre d'atténuer quelques-uns des effets négatifs des contractions budgétaires, mais il est très peu probable qu'à court terme elles les fassent totalement disparaître. L'accès à l'université sera sans doute plus difficile pour plusieurs années et, dans ce contexte, il importe d'éviter le plus possible les duplications avec le niveau collégial et d'encourager l'utilisation optimale des ressources. Il faudra d'ailleurs fournir des efforts particuliers pour éviter que les milieux les moins favorisés ne soient les plus immédiatement touchés par cette situation et c'est pourquoi le Conseil estime si important que se poursuivent les expériences

dans le domaine des services à la collectivité. Enfin, sauf dans certains secteurs bien délimités, il sera sans doute difficile d'éviter une baisse de la qualité d'ensemble s'il faut continuer de restreindre le nombre de postes de professeurs et de limiter les ressources de support à l'enseignement et à la recherche.

1.2 Des interventions gouvernementales plus pressantes

Dans un contexte financier difficile, alors que les fonds qu'ils ont à distribuer se font de plus en plus rares, il n'est pas étonnant que les gouvernements cherchent à s'assurer de l'utilisation la plus efficiente possible de leurs subventions. Et l'on a pu observer un peu partout au cours des dernières années qu'ils ont voulu suivre de plus près ou même diriger l'usage que font les universités des subventions qui leur sont allouées.

Le Québec ne fait pas exception et les dernières années ont vu le gouvernement questionner étroitement les universités, mettant en cause leurs programmes, la productivité de leur personnel, leur choix de priorités, leur mode de collaboration. La mise sur pied de la Commission d'étude sur les universités et la tenue, l'automne dernier, des ateliers de travail du ministre de l'Éducation ne sont certes pas étrangères à ces préoccupations.

Dans son allocution au Conseil des universités le 16 avril dernier, le ministre de l'Éducation réitérait son pari qu'«il est possible de parvenir à créer un véritable réseau d'établissements universitaires sans avoir recours à de nouveaux dispositifs légaux», c'est-à-dire un réseau basé sur la concertation volontaire d'établissements autonomes. Mais en même temps, le ministre indiquait qu'il entendait appuyer cette concertation par une «volonté ministérielle constante et, au besoin, par des incitatifs financiers».

Le gouvernement du Québec ne fait donc pas mystère de ses intentions d'intervenir de plus en plus directement pour que les universités québécoises adoptent un mode de fonctionnement mieux coordonné, sans doute au nom de la qualité comme l'a maintes fois répété le Conseil, mais aussi au nom de l'efficacité.

Cette tendance à intervenir de plus en plus directement dans les affaires universitaires s'est trouvée renforcée par l'adoption de la Loi 70. Par le recours à cette loi, le gouvernement d'une part indique très précisément aux universités comment s'y prendre pour réduire leurs dépenses — en diminuant de façon déterminée les salaires de leur personnel —, et d'autre part annonce son intention de réduire d'autant les subventions qu'il leur accorde. Personne n'ignore que depuis longtemps les universités tendent à aligner leurs salaires sur ceux de la fonction publique et l'on aurait pu s'attendre à ce qu'il en soit de même cette fois-ci. Le fait que le gouvernement ait choisi de légiférer pour réduire les salaires des personnels universitaires paraît donc tout à fait symptomatique de cette tendance à intervenir de façon de plus en plus précise dans le fonctionnement des universités.

1.3 Des universités vulnérables et divisées

Créer un réseau d'établissements universitaires en misant sur la concertation volontaire, représente certes un défi majeur. Car les forces centrifuges sont énormes, que ce soit à l'intérieur des universités où les départements se sont traditionnellement montrés très soucieux de préserver leur domaine d'intervention, ou entre les institutions elles-mêmes qui sont depuis toujours en compétition pour l'obtention des fonds, des clientèles et des ressources.

En outre, le contexte actuel fait naître des tensions très vives entre les divers agents du milieu universitaire ou entre les diverses universités, chacun ayant ses intérêts propres qui ne coïncident pas nécessairement. Puisque des choix paraissent inévitables, quels sont ceux qui doivent être privilégiés? Comment concilier les exigences de la recherche et celles d'une plus large accessibilité? Faut-il revoir certaines conditions de travail, certains droits ou privilèges? Et au nom de quoi, de quelles valeurs?

Ces questions et bien d'autres ont été au centre de plusieurs discussions tenues lors des ateliers du ministre de l'Éducation ou lors du colloque organisé par la FAPUQ et le RAEU. Elles témoignent de l'intérêt et de la vitalité des agents du milieu universitaire. Mais en même temps, elles indiquent l'une des principales faiblesses des universités dans la conjoncture présente, devant des intervenants externes qui se font de plus en plus pressants: la grande difficulté qu'éprouve le milieu universitaire en général et les universités en particulier à se donner des porte-parole qui puissent faire entendre des points de vue

qui dépassent les intérêts de tel ou tel groupe ou de telle ou telle institution.

Le Conseil a étudié au cours de la dernière année un certain nombre de questions mettant en cause les relations des universités avec des intervenants externes et il ne peut manquer de s'inquiéter devant la diversité des interlocuteurs au sein même des universités et le manque de lien ou de suivi apparent de leurs préoccupations. Dans le domaine de la recherche, par exemple, existe-t-il des politiques institutionnelles ou à tout le moins des repaires qui permettent de baliser les relations des établissements avec les organismes subventionnaires? Très souvent les préoccupations du chercheur paraissent les seules prises en considération, avec bien entendu celles des organismes eux-mêmes. Il en est de même des relations des universités avec les professions, alors qu'ici ce sont les intérêt des facultés professionnelles qui sont le plus souvent évoqués.

Que les universités constituent des enjeux pour les gouvernements et pour les agents de notre société ne présente rien d'anormal, toutes nos institutions le sont à des degrés divers, mais qu'au même moment elles éprouvent tant de difficultés à faire valoir avec vigueur leurs valeurs propres et à se donner des porte-parole appropriés, voilà qui est plus préoccupant. Si cette situation devait se prolonger quelles qu'en soient les raisons, luttes internes ou rivalités interinstitutionnelles, alors il y a fort à craindre que les universités ne perdent graduellement l'initiative de leur développement et la réelle autonomie dont elles ont besoin dans l'exercice de leur fonction critique.

1.4 Une formule de financement inadéquate

Pour que puisse se développer un climat de plus grande confiance entre les divers partenaires, il est à tout le moins nécessaire que chacun connaisse bien les règles du jeu, les respecte et adopte des habitudes de transparence et de continuité dans ses comportements.

Or il ne fait pas de doute que l'un des principaux obstacles sur cette voie reste la formule actuelle de financement des universités. Cette formule dite historique est devenue un véritable capharnaüm, où il est impossible de se retrouver. Une formule claire qui tienne compte des diverses missions de l'université et qui permette une gestion mieux ordonnée à la poursuite des grands objectifs de l'enseignement supérieur est un prérequis à un fonctionnement basé sur la concertation volontaire. Son absence engendre la méfiance et permet toutes les contestations.

En outre, cette situation permet toutes sortes d'ajustements de la subvention de chaque université dont on ne peut pas dire a priori qu'ils soient mauvais, mais qui contribuent à entretenir la méfiance entre les partenaires et surtout à miner les relations entre le ministère et les universités. La façon choisie par le MEQ pour ajuster à deux reprises au cours des derniers mois les bases de financement de l'UQAM et de Concordia constituent les exemples les plus récents d'un tel type de comportement.

Dans cette optique, c'est avec satisfaction que le Conseil a accueilli les intentions gouvernementales de revoir la formule actuelle de financement des universités conformément aux voeux qu'il a lui-même exprimés à plusieurs reprises, en particulier dans ses derniers avis sur le financement du réseau.

II. Les activités du Conseil des universités

II. Les activités du Conseil des universités

Le Conseil des universités a vu son mandat confirmé au cours de la dernière année suite à la réévaluation de la dynamique des rapports entre les divers partenaires de l'enseignement supérieur, à laquelle a donné lieu le rapport de la Commission d'étude sur les universités. À l'occasion de l'allocution qu'il prononçait devant le Conseil le 16 avril dernier, le ministre de l'Éducation réitérait sa conviction «que les universités, le Ministère et le Conseil des universités constituaient les pôles d'une dynamique fondamentalement saine, qu'il importait de maintenir et de revigorer». Il réaffirmait le mandat général du Conseil «d'observer et d'analyser, de manière continue, l'état et les besoins de l'enseignement et de la recherche universitaire, de proposer les orientations et les objectifs qui doivent être poursuivis et de transmettre au ministre de l'Éducation des avis sur le développement des établissements et du réseau universitaire». Le ministre précisait ensuite certains aspects spécifiques du mandat du Conseil, en particulier en ce qui concerne l'évaluation des programmes d'enseignement et du système de recherche universitaire, et l'examen des politiques et des pratiques d'admission des universités.

Dans l'esprit de ce mandat, le Conseil a traité au cours de l'année d'un certain nombre de questions, certaines d'ordre général sur les droits des étudiants ou sur le phénomène des étudiants à temps partiel, d'autres plus immédiatement reliées aux activités de recherche, aux programmes d'enseignement et au financement du réseau universitaire. Il a en outre poursuivi quelques études, en particulier celle sur le rôle de l'université dans la formation professionnelle, qui devraient donner lieu incessamment à des avis au ministre de l'Éducation.

2.1 Questions d'ordre général

2.1.1 Les droits des étudiants

Le Conseil devait cette année mener à bonne fin ses réflexions sur la question de la condition étudiante en rendant d'abord son avis sur la place des étudiants dans l'université (Avis no 81.1). Dans cet avis, c'est surtout à la question fondamentale de la reconnaissance et de l'exercice des droits des étudiants que le Conseil s'est arrêté. Parmi ces droits, outre ceux qui doivent s'appliquer à tous les citoyens, sans discrimination, le Conseil a cru devoir insister sur le droit à recevoir une information pertinente et complète. Le Conseil a aussi souhaité que, dans le processus éducatif, l'étudiant devienne partie de plein droit des instances, conseils, comités et commissions qui prennent des décisions à son endroit. Par ce fait, l'étudiant pourra s'avérer être plus véritablement l'artisan de sa propre formation. En outre, à côté du droit plein et entier d'association qui non seulement doit lui être reconnu mais dont l'université devrait lui faciliter l'exercice, le Conseil a recommandé que l'étudiant puisse procéder à l'évaluation de ses enseignants et des enseignements que ceux-ci lui donnent. Ces évaluations devraient par ailleurs être utilisées parmi les autres critères d'embauche et de promotion des professeurs.

Aussi, afin que soient bien respectés la diversité des modes d'organisation ainsi que les dynamismes propres à chaque institution, le Conseil a rejeté l'idée qu'avait préconisée la Commission d'étude sur les universités à l'effet d'encadrer les associations étudiantes à l'intérieur d'un modèle d'organisation unique, modèle semblable à celui qui prévaut dans le monde du travail pour les associations de travailleurs. Bien entendu l'application d'un tel modèle aurait supposé une intervention ministérielle directe et éventuellement pu donner lieu à la création d'une bureaucratie inutilement lourde. Le Conseil a jugé que le dialogue pouvait encore permettre aux universités et aux divers groupes d'étudiants d'établir des consensus minimaux relativement au mode de constitution des associations étudiantes ainsi qu'aux règles de leur financement. Le ministre de l'Éducation, estime le Conseil, ne devrait intervenir d'autorité pour clore ce débat, qu'une fois que tous les autres recours auront été épuisés et qu'on lui aura démontré l'impossibilité pour les parties d'en arriver à une entente. Le Conseil souhaite donc que les parties en viennent à un tel accord et que le recours à l'autorité ministérielle puisse être évité.

2.1.2 *Les étudiants à temps partiel*

Si, depuis quelques années, c'est avec acuité que se posent la question des droits des étudiants ainsi que celle du sort qui leur est fait à l'université, il devenait urgent que l'on étaye mieux notre connaissance de la clientèle universitaire en analysant soigneusement la population des étudiants à temps partiel.

On postule généralement que les études à temps partiel constituent, pour ce segment de la population universitaire, une seconde chance qui lui serait donnée d'accéder à des études supérieures. C'est, entre autres, cette hypothèse que le Conseil entendait confirmer ou invalider en lançant, à l'hiver 1981, avec la collaboration des universités, une vaste enquête auprès de leurs étudiants à temps partiel.

Le dépouillement de cette enquête, qui aura touché près de 5 000 étudiants, devait donner lieu à la production d'un rapport dont l'intérêt est évident compte tenu surtout de la configuration particulière de la clientèle de l'université québécoise.

Parmi les faits saillants qui se dégagent de cette étude, retenons que 78% des étudiants à temps partiel en sont à leur premier contact avec l'université. En ce sens il peut s'agir pour eux d'une seconde chance. En outre, pour 80% d'entre eux, il s'agit d'un retour aux études après être déjà entré sur le marché du travail. On doit aussi signaler que cette clientèle se subdivise en trois groupes dont deux sont majeurs et d'importance à peu près égale. Il s'agit d'abord de ceux (43,6%) dont le début dans la vie professionnelle s'est fait dans l'enseignement, dans le monde de la santé ou dans les services sociaux. Le second groupe (47,9%) est constitué d'employés de bureau, de tavailleurs de la vente ou de différents services. Enfin, un dernier groupe d'environ 8% se compose de cadres, d'administrateurs ou de propriétaires d'entreprises.

Parmi les conclusions les plus intéressantes qui découlent de cette enquête, retenons les caractéristiques suivantes: les étudiants à temps partiel s'inscrivent surtout à des programmes courts ou à des certificats; ceux-ci se situent principalement dans les secteurs de l'éducation, des sciences de la santé et de l'administration. Si, entre autres, les études à temps partiel constituent effectivement «une seconde chance», et si la clientèle qui adopte cette voie de scolarisation supérieure origine surtout des milieux sociaux moins favorisés, il semblerait que c'est d'abord et avant tout le type d'emploi qu'occupe un individu qui l'incite à s'inscrire à l'université à temps partiel et qui détermine son cheminement. Ainsi, à plus de cinquante pourcent, ces étudiants appartiennent à des groupes professionnels pour qui l'employeur — le plus souvent du secteur public ou parapublic — a prévu des programmes de perfectionnement professionnel. Aussi il n'est pas étonnant de constater qu'ils s'inscrivent à très forte majorité dans des programmes qui apparaissent être en continuité avec leurs activités professionnelles.

Il faut enfin souligner le haut niveau de satisfaction des étudiants à temps partiel à l'égard des enseignements qu'ils reçoivent. Plus des trois quarts d'entre eux jugeront bons ou très bons les 3 derniers cours qu'ils auront suivis à l'université.

Les données nombreuses que le Conseil des universités a recueillies par cette enquête et qu'il met à la disposition de tous les utilisateurs intéressés permettront de mieux faire avancer notre connaissance de cette population universitaire et, le cas échéant, de mieux ajuster l'enseignement, la recherche et les autres services en fonction de leurs besoins véritables et de leurs aspirations.

2.1.3 *Les services à la collectivité*

Le Conseil a effectué encore cette année l'évaluation des projets soumis par les universités dans le cadre du volet «Services à la collectivité» du Fonds de développement pédagogique. Ce programme de caractère expérimental a pour objectif spécifique d'appuyer les universités dans la voie de la démocratisation des savoirs et des expertises et de favoriser des interventions auprès de clientèles qu'elles ne rejoignent habituellement pas.

Même si plusieurs projets ont été soumis, peu d'entre eux ont été jugés admissibles à un financement en vertu des critères établis. Aussi le Conseil a-t-il jugé opportun de rappeler certains de ces critères et, en particulier, l'importance de s'assurer d'une participation réelle d'organismes ou de partenaires externes.

Le Conseil souhaite que se poursuivent activement les expériences dans ce domaine de façon à ce que l'on puisse mieux évaluer l'étendue et la variété des services que l'université peut rendre et des clientèles qu'elle peut rejoindre.

2.2 Les questions liées à la recherche universitaire

L'année qui vient de se terminer aura permis à la Commission de déposer auprès du Conseil un rapport sur *Les défis de la recherche nordique au Québec* et deux avis relatifs à des projets de financement en vue d'«Actions structurantes» soit, la première, dans le secteur de la biotechnologie à l'Institut Armand-Frappier et, la seconde, dans le domaine de l'océanographie à l'Université du Québec à Rimouski. En outre, la Commission de la recherche poursuit actuellement l'étude de l'impact des subventions fédérales sur le développement des universités. Cette étude devrait donner lieu à un avis au cours des prochains mois.

2.2.1 *L'avis sur le rapport sur la recherche nordique*

À elle seule, la configuration géographique du Québec montre bien l'importance que doivent y revêtir les études nordiques. Le Conseil, sur l'avis de la Commission de la recherche, a convenu de transmettre au ministre de l'Éducation le rapport du Comité d'étude sur la recherche nordique,en n'y apportant qu'une modification mineure.

Afin qu'on donne une suite rapide et efficace aux diverses recommandations du rapport, le comité avait suggéré la création d'un organisme de coordination souple et léger. Le Conseil lui aussi a jugé nécessaire l'existence d'un tel mécanisme.

Toutefois, il n'a pas cru bon de retenir la suggestion du comité de doter cet organisme d'un pouvoir et d'un rôle financier grâce à l'attribution de nouveaux argents. Il a jugé préférable qu'une telle structure d'orientation et de coordination émane des parties intéressées et soit financée par elles. Jusqu'à ce que cet organisme existe, le ministère d'État au développement scientifique pourra apporter un soutien logistique à la coordination des divers partenaires. Enfin, le Conseil a tenu à rappeler, pour le bénéfice de tous ceux qui y sont intéressés, que le comité a bien identifié les partenaires de la recherche nordique, soigneusement évalué leur contribution respective et surtout clairement défini les objectifs généraux et spécifiques qu'ils devraient poursuivre. Cet exercice s'avère d'autant plus utile qu'il intervient au moment où l'on sent la nécessité de renforcer la recherche universitaire sur le Nord et de coordonner cette recherche avec celles des autres intervenants, soit les organismes gouvernementaux, paragouvernementaux et l'industrie.

2.2.2 *Le programme d'«Actions structurantes» du MEQ*

Le ministre de l'Éducation a reçu en cours d'année quelques demandes de subvention au titre du nouveau programme, dit d'«Actions structurantes», dont la création avait été annoncée dans le Livre blanc sur la recherche, mais dont les règles n'avaient pas été précisées. Le ministre a demandé au Conseil de l'aviser sur ces demandes et sur les précisions à apporter au programme pour lequel une somme de 430,000 $ avait été réservée.

Pour ce qui est du développement de la biotechnologie elle-même, à l'Institut Armand-Frappier, en s'appuyant sur l'avis de la Commission de la recherche, le Conseil a jugé que les réponses apportées par l'Institut aux interrogations du ministère n'étaient pas suffisamment claires et précises et que parfois même elles s'avéraient contradictoires entre elles. Aussi a-t-il recommandé que l'établissement définisse mieux le potentiel que constituent ses ressources actuelles et spécifie en quoi le développement envisagé complètera ceux qui pourraient se produire éventuellement dans d'autres établissements du réseau. Il aurait aussi fallu que soient mieux établies les possibilités d'application des recherches envisagées et, enfin, qu'un devis plus détaillé soit produit sur la façon dont on entendrait utiliser la subvention qui était requise.

Dans le cadre du même programme de financement dit d'«Actions structurantes», l'UQAR a requis du ministre de l'Éducation une subvention de 433,000 $ en vue de développer son secteur océanographie et les connaissances en matière de gestion des ressources maritimes. Les premières études que le Conseil a menées sur cette question lui ont permis de constater la faiblesse du développement du secteur universitaire francophone québécois en océanographie. Les premières indications recueillies dont fait état l'avis, à savoir le nombre d'unités de recherche, le nombre de chercheurs et le nombre de Ph.D. que ce soit en milieu universitaire, en milieu gouvernemental ou en milieu industriel, laissent voir une situation nettement déficitaire du Québec dans ce secteur par rapport à quelques autres provinces du Canada largement financées par des subventions fédérales.

Devant cet état de fait, le Conseil a jugé nécessaire que le ministre le mandate clairement afin de mener une étude en profondeur sur le développement de l'océanographie au Québec. L'attribution d'un tel mandat s'impose surtout parce qu'il s'agit d'un ensemble de questions qui déborde le seul milieu universitaire. Comme il l'a fait dans le cas des études nordiques, le Conseil souhaite poursuivre plus avant ses réflexions et mener les études et les consultations qui s'imposent pour bien définir les objectifs à poursuivre en océanographie et pour suggérer les stratégies aptes à les atteindre.

Mais, de façon plus immédiate, le Conseil a jugé approprié de recommander au ministre de ne pas acquiescer à la demande de subvention de l'UQAR estimant cette demande prématurée. L'université se devra d'oeuvrer d'abord à la consolidation du programme de doctorat en océanographie qu'elle vient tout juste d'implanter.

2.3 Les questions reliées aux programmes d'enseignement

Le Comité des programmes constituait jusqu'à cette année un comité conjoint du Conseil et du MEQ et formulait à l'intention du Conseil et du MEQ des recommandations touchant entre autres l'ouverture des nouveaux programmes et l'attribution du Fonds de développement pédagogique. À la suite des discussions et des précisions du mandat du Conseil, ce comité est maintenant un comité du Conseil seulement.

Dans la suite des travaux de ce comité, le Conseil a formulé 6 avis au ministre relatifs à 11 projets de nouveaux programmes d'enseignement.

En outre, dans le cadre de l'attribution du Fonds de développement pédagogique, le Conseil a aussi rendu 2 avis au ministre. Dans la conjoncture actuelle, le Conseil s'est étonné du peu de demandes adressées dans le cadre du volet modification de programmes. Il apparaît évident que l'ère n'est plus au développement tout azimut par la présentation de nouveaux projets de programme, mais bien plutôt à une transformation par l'intérieur de la programmation existante. Il y a lieu d'espérer que les universités auront bien compris ce message et qu'elles partagent l'inquiétude du Conseil devant l'existence d'un trop grand nombre de programmes dont la productivité laisse à désirer. Des efforts de planification s'imposent encore dans ce sens et l'on devrait tirer le maximum de profits du Fonds de développement pédagogique en présentant les projets de rationalisation qui s'imposent. Le cas cité plus loin des programmes de spécialités médicales constitue un exemple évident.

À la suite aussi des recommandations du Comité des programmes, le Conseil a rendu un avis sur le programme géré conjointement de maîtrise en gestion de projets de l'Université du Québec. On trouvera plus loin un rapport détaillé des activités du Comité des programmes.

En outre, dans le cadre des activités de planification de l'enseignement et de la recherche, le Conseil a poursuivi en cours d'année diverses études sectorielles. Deux d'entre elles ont donné lieu à la formulation d'avis: l'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale et l'étude sur la formation en sciences infirmières. D'autres, dont l'étude sur les spécialités en médecine dentaire et sur la formation en travail social, devraient bientôt être soumises à la consultation.

2.3.1 L'avis sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale

De toutes les études sectorielles menées sous la responsabilité du Conseil des universités, par un comité d'experts, sans contredit celle sur les spécialités médicales s'est avérée la plus complexe. En effet, elle n'embrassait pas moins de 115 programmes de formation, répartis entre 32 spécialités médicales. Aussi, n'y a-t-il pas lieu de s'étonner de ce que le comité responsable de ces évaluations ait produit un volumineux rapport. La consultation sur ce rapport a suscité la formulation de nombreux commentaires et a soulevé des prises de positions fort variées et parfois même contradictoires. On a souvent estimé qu'il s'agissait d'un bilan sévère de la situation. C'est au terme de son étude du rapport et de ces commentaires, en janvier 1982, que le Conseil a rendu son avis au ministre de l'Éducation.

De façon toute particulière, le Conseil réitère l'invitation qu'il a déjà adressée aux universités à l'effet qu'elles contrôlent mieux les aspects administratifs et surtout pédagogiques de ces programmes visant à former des spécialistes en médecine. Cette nécessité s'impose d'autant plus, surtout pour certains programmes, quand on songe qu'ils sont intégrés dans les universités depuis plus de 10 années. Il convient en effet que les universités précisent bien

les objectifs de ces programmes et définissent clairement les critères d'admission, les exigences d'encadrement et de promotion des résidents inscrits à ces programmes. En d'autres mots, il s'avère nécessaire de mieux intégrer ces programmes aux structures régulières de formation et de les soumettre à des règles et à des exigences pédagogiques similaires à celles qui prévalent pour les autres programmes de formation universitaire.

Pour mener à bonne fin ses évaluations, le comité d'étude s'est appuyé sur un certain nombre d'indicateurs. La valeur de ces indicateurs est généralement reconnue et leur utilité comme instrument de planification en matière d'enseignement supérieur n'a plus à être démontrée. Au terme de ses évaluations, le comité a recommandé la mise en veilleuse de 17 programmes de spécialités sur un total de 115. Dans quatre (4) cas, il a voulu que deux (2) programmes s'associent. Enfin, le comité a recommandé que treize (13) programmes qui assuraient jusqu'à maintenant une formation complète soient transformés en programmes de formation partielle à la condition qu'ils soient associés avec d'autres programmes. C'est donc un total de trente-huit (38) programmes de spécialités médicales qui sont appelés à être modifiés. Outre les recommandations d'ordre plus général telles celles qui portent sur l'évaluation externe des programmes ou les visites d'agrément, la complémentarité provinciale de ces programmes ou encore l'utilisation des argents du «Fonds de développement pédagogique» pour permettre ces modifications, le Conseil a suggéré au ministre qu'il se fasse assister par un comité restreint d'experts pour mener à bonne fin et en toute équité ces transformations. Quelles que soient les réactions qu'ait pu susciter ce rapport, le Conseil est persuadé que les universités, leurs facultés de médecine et les diverses entités médicales concernées collaboreront à la mise en oeuvre graduelle des recommandations qui visent à bonifier ce secteur d'enseignement.

2.3.2 *La formation en sciences infirmières*

L'analyse du rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières et l'avis auquel ce rapport a donné lieu ont fourni au Conseil des universités l'occasion de mieux préciser la concertation qu'il entend voir s'établir entre les niveaux d'enseignement collégial et universitaire. Le Conseil lui-même, à maintes reprises, avait déploré l'absence de continuum entre la fin des études du secteur professionnel du niveau collégial et l'entrée dans le 1er cycle d'études universitaires. Sans doute existait-il des exceptions, tel le cas de l'administration mais, de façon générale, dans la plupart des secteurs, il y a blocage entre l'un et l'autre niveaux.

À la suite du Rapport Rodger, le Conseil recommande au ministre de l'Éducation de veiller à ce que la formation en sciences infirmières qui conduit à l'entrée dans l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) soit offerte uniquement au niveau collégial. L'application de cette recommandation implique donc l'abrogation des baccalauréats universitaires visant à la formation initiale. La formation de niveau collégial ne devrait toutefois pas, selon le Conseil, dépasser 3 années et non pas s'étendre sur 4 années tel que le préconisait le rapport du comité d'étude.

Si le Conseil souhaite que les universités évacuent le champ de la formation initiale, il leur fait cependant une large place au niveau du perfectionnement et à celui de la recherche. En premier lieu, elles offriraient un baccalauréat visant à la fois l'approfondissement des connaissances fondamentales, la spécialisation clinique ou la préparation à l'enseignement ou encore à l'administration des soins infirmiers.

Toutefois, ce baccalauréat d'approfondissement ne devrait pas durer plus de 2 années et cela afin que les infirmiers(ères) bacheliers(ères) du Québec puissent accéder au baccalauréat après un nombre d'années de scolarité équivalent à celui de leurs confrères ou consoeurs des autres provinces canadiennes ou de la plupart des États américains. Ainsi les universités devraient favoriser l'admission des détenteurs du DEC professionnel en créant ces baccalauréats de perfectionnement et en les soumettant à l'approbation du Conseil, selon les règles habituelles et dans les meilleurs délais.

Pour ce qui est des études de deuxième cycle, les universités devraient évaluer la possibilité de transformer les maîtrises actuelles en sciences infirmières en maîtrise générale en sciences de la santé tel que l'avait déjà recommandé par ailleurs l'Opération sciences de la santé. Si elles n'entendaient pas donner suite à cette recommandation, il conviendrait alors qu'elles fassent une place plus large aux autres disciplines telles la biologie, la psychologie et la sociologie, à l'intérieur de leur maîtrises actuelles en sciences infirmières.

Il n'y a pas lieu de douter que la mise en place de ces recommandations, si le ministre et les universités y donnent suite, contribuera à assurer une concerta-

tion plus effective entre les deux niveaux d'enseignement concernés et, à plusieurs égards, pourra servir de modèle de coordination dans d'autres secteurs ou disciplines.

2.4 Le financement des universités

Le Conseil a consacré beaucoup d'efforts à analyser la situation financière des universités et à formuler des avis au ministre de l'Éducation sur le niveau et la répartition du financement du réseau universitaire québécois. Dans la première partie de son avis sur le financement du réseau universitaire 1982-83 (Avis no 81.12), le Conseil des universités, à l'aide d'indicateurs éprouvés, a voulu retracer l'origine de cette difficulté financière des universités. Soulignons d'abord que de 1970-71 à 1980-81, la partie du financement universitaire provenant de l'État est passée de 57% à 71% et cela, en raison principalement du gel des frais de scolarité des étudiants. Malgré cette augmentation de la contribution de l'État, on constate que, depuis 1974-75, la partie du budget de l'État consacrée aux universités a connu une baisse relative, passant de 4,16% à 3,99%.

Mais, c'est surtout à partir de 1978-79 que l'effort de l'État en faveur de l'enseignement supérieur s'est ralenti. Ce ralentissement se manifeste par une diminution de 400 $, en dollars constants de 1974-75, dans la subvention per capita consacrée aux universités. Durant la même période au primaire-secondaire et au collégial, les per capita se voyaient augmentés respectivement de 600 $ et de 650 $. Au niveau universitaire, depuis 1979-1980, on n'accorde plus d'argent nouveau pour les clientèles additionnelles, mais on prélève des sommes sur l'enveloppe de base pour les redistribuer aux établissements qui accueillent ces clientèles. Aux autres niveaux, les nouvelles clientèles sont financées aux trois quarts par l'addition de nouvel argent. Ainsi, à elle seule, cette mesure constitue pour les universités une compression cumulative de 125 millions en dollars constants de 1974-75.

Malgré des efforts de compression de toutes sortes, les universités, au 31 mai 1982, se trouvent à faire face à un déficit accumulé qui pourrait atteindre quelques dizaines de millions de dollars. En outre, les compressions financières annoncées pour les trois prochaines années pourraient entraîner une nouvelle diminution de 9% des dépenses per capita des universités. Entre 1978-79 et 1984-85, elles auront donc dû subir une diminution de 20% de leurs dépenses per capita.

Le Conseil a jugé déraisonnable l'effort de compression budgétaire imposé aux universités par rapport à celui requis des autres niveaux d'enseignement. Il s'interroge à savoir si une telle mesure ne relève pas plus de l'improvisation que de la planification. La situation très sérieuse explique les inquiétudes relevées dans la première partie de ce rapport annuel.

Aussi, le Conseil juge-t-il bon de demander au gouvernement de redéfinir clairement ses objectifs et ses propriétés en matière d'accessibilité et de démocratisation de l'enseignement supérieur. C'est de façon urgente que cet exercice s'impose et la mise en place d'une nouvelle formule de financement doit viser à favoriser cet exercice de réflexion.

De plus, le Conseil a demandé aux universités, à l'occasion de ce même avis, de bien planifier leur développement. Il en appelle à la sobriété dans leur mode de gestion et il souhaite qu'elles allègent leur appareil administratif. Pour ce qui est de la tâche concrète de leurs professeurs, le Conseil a demandé que celle-ci soit modulée en fonction des intérêts et des aptitudes de ceux-ci et aussi en fonction des contraintes connues.

Ce premier avis se devait d'être complété par l'avis sur la répartition des ressources entre les établissements pour 1982-1983. Dans cet avis le Conseil recommande d'abord que soit élaborée une nouvelle méthode de financement, méthode qui entrerait en application dès 1983-1984. Pour l'année 1982-83, le Conseil recommande de recourir au même mode de financement sauf en ce qui concerne les clientèles additionnelles qu'il suggère de financer sur la base d'un coût per capita moyen qui varie suivant les disciplines et les cyles d'enseignement.

III. Fonctionnement du Conseil en 1981-1982

III. Fonctionnement du Conseil en 1981-1982

Du 1er juillet 1981 au 30 juin 1982, le Conseil des universités a tenu 9 séances totalisant 11 1/2 journées de session. Il a transmis au ministre de l'Éducation 19 avis et un rapport soit celui sur les étudiants à temps partiel. Deux (2) rapports ou avis préliminaires complétés en 1980-1981, l'un sur La formation professionnelle à l'université et l'autre sur La formation dans les sciences comptables, faisaient l'objet de consultation auprès des principaux intéressés. Le Conseil rendra incessamment au ministre de l'Éducation des avis définitifs en regard de ces deux rapports.

On peut regrouper les avis du Conseil sous divers titres. Parmi ceux que l'on pourrait qualifier de statutaires parce que la loi requiert qu'ils soient rendus, il y a les 2 avis sur le financement des universités auxquels on peut joindre l'avis sur le système de données:

- — Avis sur le financement du réseau universitaire 1982-1983 (no 81.12).
- — Avis sur la répartition des ressources entre les établissements pour 1982-1983 (no 81.15).
- — Avis sur le schéma de développement des systèmes de données sur le réseau universitaire (no 81.16).

Dans le cadre de la planification des activités d'enseignement on retrouve deux avis faisant suite à des études sectorielles:

- — Avis sur le rapport du Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale (no 81.6).
- — Avis sur le rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières (81.10).

En outre, six avis ont été rendus relativement à l'implantation ou non de 11 projets de nouveaux programmes (no 81.2, no 81.3, no 81.5, no 81.9, no 81.14 et no 81.18).

Deux avis ont été rendus relativement à la répartition du Fonds de développement pédagogique (no 81.4 et no 81.11). Le Conseil a aussi rendu un avis relativement au financement spécial à accorder aux nouveaux programmes d'études jugés prioritaires (no 81.13).

Enfin, le Conseil a rendu un avis sur un programme dont l'approbation avait été conditionnelle: l'avis sur le programme géré conjointement de maîtrise en gestion de projets de l'Université du Québec (no 81.19).

Au plan de la recherche, le Conseil a rendu 3 avis:

- — Avis sur le rapport du Comité d'étude sur la recherche nordique (no 81.7).
- — Avis sur le Plan de développement de la biotechnologie soumis par l'Institut Armand-Frappier au titre de programme «d'Actions structurantes» du MEQ (no 81.8).
- — Avis sur la demande de subvention «d'Action structurante» de l'UQAR en océanographie et gestion des ressources maritimes (no 81.17).

Enfin signalons que le 1er avis rendu par le Conseil cette année s'intitulait:

- — Avis sur la place des étudiants dans l'université (no 81.1).

Dans tous les cas, la permanence du Conseil participe à la préparation des dossiers, mais en raison d'effectifs limités (18 personnes dont 9 cadres et professionnels), le Conseil n'aurait pu mener à bien l'ensemble de ses travaux sans la collaboration de multiples organismes et, plus particulièrement, celle des universités et de la Direction générale de l'enseignement et de la recherche universitaires.

Les universités apportent au Conseil une contribution essentielle en lui fournissant les points de vue et les renseignements qu'il requiert, en autorisant des membres de leur personnel à collaborer à ses activités ou en permettant que certains consultants lui soient détachés pour des périodes de temps variables. La collaboration du ministère, et plus particulièrement de la Direction générale de l'enseignement et de la recherche universitaires, se manifeste sur le plan technique par l'élaboration de divers dossiers sur les questions à l'étude.

À tous ceux qui l'ont assisté dans ses travaux, le Conseil exprime sa satisfaction et sa gratitude.

Tableau

Budget de fonctionnement pour 1981-1982 (en milliers de dollars)

Traitement	577,7
Autres rémunérations	168,0
Communications	59,8
Services	149,9
Entretien	1,1
Loyers	22,5
Fournitures	4,0
Autres dépenses	3,5
Équipement	2,3
Total	**988,8**

IV. Coordination de l'enseignement

IV. Coordination de l'enseignement

4.1 Mandat du Comité conjoint des programmes

Les articles 3 et 4 de la Loi constituant le Conseil des universités stipulent que celui-ci doit soumettre au ministre de l'Éducation des avis sur le développement des universités ainsi que sur la coordination des activités d'enseignement et de recherche universitaires.

Dans une allocution prononcée devant les membres du Conseil des universités en avril 1982, le ministre de l'Éducation a confirmé le maintien intégral de cette loi. Il annonçait cependant, à cette occasion, que le ministère se retirerait du Comité conjoint des programmes, à compter du mois de septembre 1982, afin de laisser au Conseil des universités l'entière responsabilité en matière d'évaluation des programmes d'enseignement.

Le Comité (conjoint) des programmes conserve donc le mandat qui lui avait été confié lors de sa création, c'est-à-dire qu'il doit:

- évaluer la qualité et l'opportunité des programmes d'études des universités québécoises;
- recommander l'approbation des nouveaux programmes et les mesures appropriées à la coordination des programmes existants;
- évaluer les implications matérielles des conditions de réalisation ou de développement des programmes;
- entreprendre toute activité jugée utile à la poursuite de ces fins.

4.2 Composition du Comité conjoint des programmes

En 1981-1982, le Comité conjoint des programmes se composait des membres suivants:

Monsieur Maurice BOISVERT, président

Monsieur Guy AVON
Professeur
Département de kinanthropologie
Université du Québec à Montréal

Monsieur Jacques BACHAND
Professeur
Département des Arts et Lettres
Université du Québec à Chicoutimi

Monsieur Michel BRUNET*
Chef du Service de la formation générale et professionnelle
Direction générale de l'enseignement et de la recherche universitaires
Ministère de l'Éducation

Monsieur Roger GOSSELIN*
Professeur
Faculté d'administration
Université McGill

Madame Arlène GAUDREAULT
Criminologue
Centre de Services Sociaux Richelieu

Monsieur Gaston GUY
Adjoint au directeur des services pédagogiques
Cegep de Rimouski

Madame Tannis ARBUCKLE-MAAG
Professeur
Département de psychologie
Université Concordia

Monsieur Yvon SICOTTE
Professeur
Département de chimie
Université de Montréal

Monsieur Roland-R. TREMBLAY
Professeur
Département d'endocrinologie et de métabolisme
Centre hospitalier de l'Université Laval

Monsieur Claude PINEL, secrétaire.

Au cours de l'année écoulée, le Comité conjoint a tenu 7 séances régulières réparties sur 10 journées

* Nouvelle nomination au sein du Comité conjoint des programmes

et quelques réunions spéciales, en comité restreint, afin d'analyser les projets soumis dans le cadre du Fonds de développement pédagogique.

4.3 Évaluation des projets de nouveaux programmes d'études universitaires soumis à l'automne 1981

En 1981-1982 le Comité conjoint des programmes a entrepris ou poursuivi l'étude de 16 projets de nouveaux programmes d'études soumis par les universités. De ce nombre, l'analyse de 9 dossiers demeure en suspens et se poursuivra fort probablement dès l'automne 1982. Neuf projets de nouveaux programmes d'études ont fait l'objet d'une recommandation du Comité au Conseil des universités et à la Direction générale de l'enseignement et de la recherche universitaires. (1)

Cinq programmes faisaient l'objet d'une recommandation d'approbation avec ou sans condition, tandis qu'on recommandait de refuser ou de surseoir à l'implantation de 4 projets de nouveaux programmes. On voudra bien se référer aux tableaux 1, 2, 3 et 4 figurant ci-dessous pour obtenir plus de détails, sur les projets de nouveaux programmes soumis à l'automne 1980 et pour connaître le bilan cumulatif, des travaux du Comité depuis sa création.

À ces 16 projets de nouveaux programmes, il conviendrait d'en ajouter 1 autre. L'Université du Québec à Hull a soumis, en mars 1982, un projet de nouveau programme de baccalauréat en informatique; l'étude de ce projet est en cours.

Signalons qu'en avril 1982, à la suite de l'exercice effectué par le Comité conjoint des programmes sur les programmes qui pouvaient être jugés prioritaires pour fins de subvention spéciale de démarrage, le Conseil des universités recommandait au ministre de l'Éducation d'accorder une subvention spéciale pour favoriser le démarrage des 4 programmes d'étude suivants:

— baccalauréat en sciences et technologie du bois *et* baccalauréat en exploitation forestière de l'Université Laval;

— certificat (2e cycle) en toxicologie de l'Université de Montréal;

— doctorat en océanographie de l'Université du Québec à Rimouski.

Cette année, le Comité conjoint des programmes a affiné sa méthode d'évaluation des projets de nouveaux programmes par l'acquisition d'un nouvel instrument d'analyse. En effet, le Conseil des universités a adopté, à sa séance du mois d'octobre 1981, un document relatif aux critères à utiliser dans l'évaluation des projets de nouveaux programmes. Chacun des établissements universitaires a alors été averti que cette grille d'évaluation allait constituer un instrument d'analyse important dans l'opération menée chaque année sous la responsabilité du Comité conjoint des programmes.

Cette grille d'évaluation fait état de 3 niveaux d'analyse:

— l'opportunité du projet de nouveau programme envisagé à l'échelle du réseau universitaire;

— l'opportunité du projet de nouveau programme envisagé au plan institutionnel;

— l'opportunité du projet de nouveau programme considéré en lui-même.

C'est dans cet ordre de priorité que l'examen de chacun des dossiers a été effectué, un certain nombre de critères et d'indices permettant d'évaluer la conformité d'un projet donné avec chacun des niveaux d'opportunité identifiés par le Conseil des universités dans son document adopté en octobre 1981.

Cette grille d'évaluation a été transmise à chacun des experts consultés par le Comité conjoint des programmes relativement à l'opportunité d'implanter les projets de nouveaux programmes soumis par les universités à l'automne 1981.

L'évaluation de chacun des nouveaux programmes d'études avancées a été confiée à la responsabilité d'un sous-comité composé de 2 répondants de la Commission de la recherche universitaire et du Comité conjoint des programmes. Le président du sous-comité était choisi parmi les 4 répondants retenus.

C'est la même démarche qui fut mise de l'avant dans l'évaluation des projets de nouveaux programmes de baccalauréat. Cependant, comme ces programmes d'études ne comportent pas d'activités de recherche, les sous-comités visiteurs n'étaient composés que de répondants désignés par le Comité conjoint des programmes.

(1) L'étude d'un projet de nouveau programme ayant fait l'objet d'une recommandation du Comité conjoint des programmes devra être poursuivie au cours des mois à venir, les universités concernées en ayant demandé le ré-examen.

Au niveau des expertises de qualité, les organismes responsables, à savoir la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec et le Conseil des études de l'Université du Québec, ont fait appel au concours de près de 60 experts externes pour l'évaluation des dossiers.

Pour sa part le Comité conjoint des programmes, au plan de l'examen d'opportunité, a consulté, outre plusieurs experts à titre personnel, les principaux organismes suivants:

- l'Association canadienne des producteurs de pâte et papiers;
- le Conseil des collèges;
- la Corporation des ingénieurs forestiers;
- la Corporation professionnelle des psychologues du Québec;
- la Corporation professionnelle des médecins du Québec;
- l'École nationale de théâtre;
- l'Institut de recherche en science des pâtes et papiers;
- l'Institut supérieur des sciences humaines;
- l'Office de la langue française;
- l'Office des professions;
- le ministère des Affaires culturelles;
- le ministère des Affaires intergouvernementales;
- le ministère des Affaires sociales;
- le ministère de l'Environnement;
- le ministère de l'Énergie et des Ressources;
- le ministère de l'Industrie, du Commerce et du Tourisme;
- le ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche;
- le ministère de l'Éducation;
- le ministère (fédéral) des Pêches et des Océans.

4.4 Évaluation des projets présentés par les universités à l'intérieur des deux volets du Fonds de développement pédagogique

4.4.1 Opération 1981-1982

Lors de sa 116e séance tenue les 24 et 25 septembre 1981, le Comité conjoint des programmes procédait à l'étude des projets soumis par des établissements universitaires dans le cadre de 2 volets du Fonds de développement pédagogique. Il s'agit des 2 volets suivants:

1er volet: les Programmes d'enseignement;

2e volet: les Services à la collectivité.

Il est bon de rappeler que le premier volet a pour objectif particulier le développement cohérent des programmes d'enseignement universitaire et qu'il se subdivise en 2 types différents correspondant à 2 activités distinctes: la création de nouveaux programmes et le réaménagement des programmes existants. Le second volet, pour sa part, a pour objectif spécifique d'appuyer les universités dans la voie de la démocratisation des savoirs et des expertises qu'elles sont seules à détenir en faveur des groupes ou des individus qui ont difficilement accès aux ressources des établissements d'enseignement universitaire. Le deuxième volet revêt un caractère expérimental et devrait éventuellement permettre à chacune des universités québécoises de mieux se définir en regard de la mission «Services à la collectivité».

Tel qu'indiqué au tableau 5, des 15 projets soumis par les universités, 4 seulement l'ont été à l'intérieur du premier volet et 11 à l'intérieur du second volet. Il va sans dire que les membres du Comité conjoint des programmes ont été fort étonnés du nombre peu élevé des demandes présentées dans le cadre du premier volet compte tenu du fait que le développement de l'enseignement supérieur devrait emprunter la voie du réaménagement des programmes d'études existants plutôt que celle de la création de nouveaux programmes. C'est là un sujet auquel le Conseil des universités a attaché beaucoup d'importance au cours des dernières années dans de nombreux avis concernant plus particulièrement l'implantation de nouveaux programmes d'études.

Compte tenu des 2 expériences antérieures, les membres du Comité conjoint des programmes ont jugé pertinent de s'en tenir à la méthodologie d'évaluation déjà utilisée et connue de ceux qui présentaient des projets.

4.4.2 Formulation de commentaires généraux à l'issue des 3 opérations déjà réalisées

Le comité, ayant procédé à maintenant trois opérations d'évaluation des demandes soumises dans le cadre du Fonds de développement pédagogique, a

voulu formuler un certain nombre de commentaires généraux qui, sans tracer un bilan complet des expériences vécues, donnent à tout le moins un certain nombre d'indications sommaires quant aux orientations qui pourraient être privilégiées dans un avenir plus ou moins rapproché.

En ce qui concerne les projets présentés par les universités à l'intérieur du premier volet du Fonds de développement pédagogique, il faut noter une amélioration sensible tant au plan de la qualité de la présentation qu'à celui de la conformité des demandes avec l'objectif général assigné au volet «programmes d'enseignement». Ce qu'il faut déplorer, on l'a déjà souligné, c'est le nombre peu élevé de projets soumis à l'intérieur de ce premier volet.

En ce qui a trait aux projets soumis à l'intérieur du volet «Services à la collectivité», on ne peut véritablement pas formuler les mêmes commentaires. En effet, on aura remarqué le nombre peut élevé de demandes jugées admissibles pour fins de subvention spéciale. Et le comité craint qu'il ne soit assez difficile d'évaluer comment les expériences tentées auront permis de préciser le rôle et l'étendue de la mission Services à la collectivité.

Sans présumer des résultats de l'expérience conjointe actuellement en cours, le comité estime que la réflexion sur la notion même de services à la collectivité est encore peu élaborée. Il faut reconnaître cependant que cette réflexion est plus avancée dans certaines universités.

Le comité a jugé important en particulier d'inviter à nouveau les universités à ne pas se substituer à d'autres organismes du milieu qui possèdent déjà des ressources nécessaires à la réalisation de tels projets. Dans tous les cas, il importe de clairement faire ressortir l'implication des universités et des organismes externes dans la conception et la réalisation du projet.

4.5 Revision des programmes dont l'implantation était assortie de conditions

Le Comité conjoint des programmes a entrepris cette année la révision de 4 programmes dont l'implantation était conditionnelle. Il s'agit des programmes de:

- la maîtrise en sciences des pâtes et papiers Université du Québec à Trois-Rivières;
- la maîtrise en éducation — Université du Québec à Montréal (1975);
- la maîtrise en mathématiques — programme géré conjointement de l'Université du Québec et offert à l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'Université du Québec à Rimouski et à l'Université du Québec à Trois-Rivières (1978);
- et du doctorat en «Humanities» — Université Concordia (1974).

Dans le premier cas, le comité a pu compléter en cours d'année les études requises et acheminer au Conseil des universités une recommandation visant à lever le caractère expérimental du programme de maîtrise en sciences des pâtes et papiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Dans les trois autres cas, les études se poursuivent et devraient permettre d'en arriver à une recommandation au cours de la prochaine année.

4.6 Autres études

4.6.1 Évaluation finale de 2 programmes conjoints

Le Conseil des universités attache une importance particulière aux programmes offerts conjointement par 2 ou plusieurs établissements. À la fin de cette année, le Comité conjoint des programmes a entrepris l'évaluation finale de 2 de ces programmes et cette opération a pris une certaine ampleur avec la création de comités visiteurs. Il s'agit des programmes suivants:

- la maîtrise en gestion de projet, offerte conjointement par l'Université du Québec à Montréal, l'Université du Québec à Trois-Rivières, l'Université du Québec à Chicoutimi et l'Université du Québec à Hull;
- le doctorat en administration, offert conjointement par l'Université Concordia, l'École des Hautes Études Commerciales, l'Université McGill et l'Université du Québec à Montréal.

La maîtrise en gestion de projet, gérée conjointement par l'Université du Québec et approuvée pour une période expérimentale de 3 ans en 1976, avait déjà fait l'objet d'une évaluation d'étape l'année dernière par le Comité conjoint des programmes; celle-ci n'avait pu être achevée, des informations supplémentaires ayant dû être requises auprès de l'Université du Québec. Le Comité conjoint des programmes a terminé cet examen en décembre 1981

et convenait de maintenir le caractère expérimental du programme; le Conseil des universités endossait cette recommandation. Cependant, en février 1982, le président de l'Université du Québec en appelait de cette décision dans une lettre adressée au président du Conseil des universités et proposait que soit formé un comité visiteur afin de procéder dans les plus brefs délais à l'évaluation finale du programme. Cette demande était acceptée par le Conseil des universités et, en avril 1982, un comité visiteur se rendit sur place avec comme mandat l'évaluation de la nature conjointe et de la qualité du programme. Après avoir pris connaissance du rapport de ce comité visiteur, les membres du Comité conjoint des programmes ont suggéré au Conseil des universités d'inviter l'Université du Québec à «...maintenir le caractère expérimental du programme de maîtrise en gestion de projets pour une période de deux (2) ans avant que l'on ne procède à son évaluation finale.»

Le doctorat en administration, offert conjointement par les établissements d'enseignement supérieur de la région montréalaise, avait été approuvé en 1975 et il était mentionné, dans l'avis du Conseil des universités, que les responsables devraient produire un rapport portant sur le fonctionnement conjoint au terme de 2 années, puis de 5 années de fonctionnement. Au cours de l'hiver 1978, un premier rapport d'évolution était remis par les 4 établissements et, en janvier 1979, le Comité conjoint des programmes présentait une recommandation encourageant la poursuite de l'expérience et rappelant la nécessité d'une évaluation finale en juin 1981; le Conseil des universités entérinait cette recommandation. Au début d'avril 1982, un comité visiteur, composé d'experts externes, rencontrait les 4 institutions concernées avec comme mandat l'appréciation de la nature conjointe et également de la qualité de ce programme. À l'occasion de leur 121e séance, les membres du Comité conjoint ont manifesté leur accord total avec le rapport rédigé par le comité visiteur et ont invité le Conseil des universités à lever le caractère expérimental rattaché au programme de doctorat conjoint en administration lors de son approbation en mai 1975.

4.6.2 *Rapport du Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale*

Dans le courant de l'année, les membres du Comité conjoint des programmes se sont vu confier le mandat de formuler leurs commentaires au Conseil des universités et à la Direction générale de l'enseignement et de la recherche universitaires, sur le rapport réalisé par le Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale, commandé par le Conseil des universités dans sa recommandation du 19 janvier 1978.

Les membres du Comité conjoint des programmes ont tenu à signaler leur accord avec l'ensemble des recommandations proposées par ce comité d'étude et ils ont manifesté leur approbation à propos d'un certain nombre de points particuliers:

- la méthodologie utilisée, et plus précisément 2 des critères d'évaluation utilisés: celui de la valeur pédagogique des programmes et celui de la masse critique;
- la recommandation 5, encourageant le développement de la formule des programmes associés;
- la recommandation 8, proposant la participation active du Comité conjoint des programmes aux visites d'agrément des facultés de médecine.

En revanche, ils ont manifesté leur étonnement devant le fait que le comité d'étude n'ait pas jugé opportun de retenir ou de considérer le critère coût dans son évaluation comparative des programmes.

Par ailleurs, le Comité conjoint des programmes a profité de l'occasion pour soulever un certain nombre d'interrogations concernant le développement de l'enseignement médical:

- le Québec ferait face à un surplus d'effectifs médicaux;
- ce surplus d'effectifs ne se ventilerait pas également entre les 3 niveaux de la formation médicale: médecine générale, familiale et spécialisée;
- ce secteur de l'enseignement médical aurait reçu, depuis les années soixante, sa large part de contributions financières de la part des gouvernements successifs;
- le nombre des programmes de maîtrise et de doctorat concernés s'avère élevé et la productivité faible dans bon nombre de cas.

À la suite du rapport produit par ce Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale, le Conseil des universités a rendu un avis dans lequel il recommande, entre autres choses, que les programmes de spécialisation médicale donnent lieu à une évaluation à laquelle participeraient le

Collège royal des médecins, la Corporation professionnelle des médecins du Québec et le Conseil des des universités lui-même.

4.6.3 *Évaluation des programmes de baccalauréat visant au perfectionnement des enseignants du secteur professionnel au niveau secondaire*

Le Comité conjoint des programmes se voyait confier au cours de l'hiver 1980 le mandat de procéder à l'évaluation des programmes de baccalauréat visant à assurer le perfectionnement des maîtres en exercice au niveau secondaire professionnel. Un comité ad hoc avait été alors formé afin d'assurer la représentativité de tous les milieux préoccupés par l'enseignement professionnel.

Des impondérables ont quelque peu retardé les travaux du comité ad hoc. Toutefois, l'opération se poursuit et devrait être menée à terme au début de l'automne 1982.

Tableau 1

Répartition des projets de nouveaux programmes par université, par cycle et par secteur

Universités		Secteurs		Cycles	
Concordia	1	Sciences appliquées	2	1er cycle	4
Laval	3	Sciences fondamentales	1	2e cycle	8
McGill	2	Sciences de la santé	4	3e cycle	4
Montréal	2	Sciences de l'éducation	5		
Sherbrooke	2	Sciences de l'administration	0		
UQAM	2	Sciences humaines et sociales	2		
UQAM et Concordia	1	Arts et lettres	2		
UQAH	1				
UQTR	2				
Totaux:	**16**		**16**		**16**

Tableau 2

Répartition des projets de nouveaux programmes par programme, par cycle et selon le type de décision rendue

Universités	Programmes	Cycle			État du dossier			
		1er	2e	3e	1	2	3	4
Concordia	Maîtrise en «Exercise Science»		X					X
Laval	Baccalauréat en sciences et technologie du bois	X			X		X	
	Baccalauréat en exploitation forestière	X			X		X	
	Maîtrise en pédagogie universitaire des sciences de la santé		X					X
Mc Gill	Maîtrise en «Physical Education»		X					X
	Doctorat en «Educational Psychology»			X				X
Montréal	Certificat (2e cycle) en toxicologie		X		X		X	
	Maîtrise en toxicologie		X					X
Sherbrooke	Baccalauréat en théâtre d'animation	X						X
	Maîtrise en nutrition communautaire		X					X
UQAM	Maîtrise en enseignement primaire		X					X
	Doctorat en religiologie			X				X
UQAM et Concordia	Doctorat en études européennes			X		X		
UQAH	Baccalauréat en physiothérapie	X				X		
UQTR	Maîtrise en traduction		X			X		
	Doctorat en biophysique			X	X			

[1] Approbation avec ou sans condition.
[2] Refus.
[3] Programme jugé prioritaire pour fins de subvention spéciale de démarrage.
[4] Programme dont l'étude est suspendue ou sera reprise à l'automne.

Tableau 3

Sommaire des recommandations du Comité conjoint des programmes au terme de ses onze (11) premières années d'activités

Recommandations	1970-1981	1981-1982	Total
Approbation	295 (111)*	4	299
Refus	106	3	109
Étude suspendue	18	9	27
Total	**419**	**16**	**435**

* (111) indique le nombre de programmes en spécialités médicales approuvés globalement en 1971.

Tableau 4

Nombre de programmes évalués de 1970 à 1982 par niveaux d'études

Niveau	1970-1981	1981-1982	Total
1er cycle	94	4	98
2e cycle	152	8	160
3e cycle	53	4	57
Diplômes	9	—	9
Spécialités médicales	121	—	121
Total	**429** *	**16**	**445**

* La différence dans le total des tableaux 3 et 4 provient du fait que pour un même programme étudié, il a pu y avoir plus d'une recommandation ou que l'évaluation vient à peine d'être amorcée.

Tableau 5

Liste des projets présentés par les universités dans le cadre du Fonds de développement pédagogique 1981-1982

Volet I

Programmes d'enseignement: Modifications de programmes existants (demandes de financement)

Universités	Nom du projet	Accepté	Refusé
Laval, Montréal, McGill, Sherbrooke, UQAM	Colloque sur la nutrition	X	
McGill	Réaménagement des programmes de baccalauréat en physiothérapie et en ergothérapie	X	
École Polytechnique de Montréal*	Création d'une orientation complémentaire en innovation industrielle		
Sherbrooke**	Réaménagement du programme de baccalauréat général		
Total: 4 projets		**2**	

* L'École Polytechnique de Montréal a finalement demandé le retrait de ce projet.

** Le Comité conjoint des programmes a formulé, en septembre 1981, une recommandation invitant l'Université de Sherbrooke à soumettre son projet aux procédures habituelles qui prévalent dans le cas des projets de nouveaux programmes soumis par les universités.

Volet 2

Services à la collectivité: nouvelles propositions (demandes de financement)

Universités	Nom du projet	Accepté	Refusé
Sherbrooke	Écono-femmes		X
UQAR	Projet d'un programme d'aide au mourant et à son entourage «Pour une mort sereine»		X
UQTR	Intégration de la formation continue des travailleurs en loisirs aux activités d'internat en récréologie		X
UQTR	Implantation d'un projet éducatif au sein d'un service de garde para-scolaire		X
UQTR	L'influence du français sur l'anglais au Québec		X
UQTR	Centre d'information, de formation et de consultation pour les parents ou parents substituts d'enfants âgés entre 0 et 3 ans (inclusivement) et le personnel des organismes de services à l'enfance et à la famille	X	
UQTR	Analyse, élaboration et mise en marche d'un système de contrôle et de comptabilisation		X
UQTR	Centre régional d'animation, de documentation et d'information pour femmes		X
UQTR	Foyer de groupe pour adolescents mésadaptés socio-affectifs animé par des éducateurs-étudiants en psycho-éducation		X
Total: 9 projets		**1**	**8**

Volet 2

Services à la collectivité: poursuite d'expériences déjà amorcées (demandes de financement)

Universités	Nom du projet	Accepté	Refusé
Montréal, UQAM, Sherbrooke	Logement et rénovation urbaine	X	
UQAM, Montréal, Sherbrooke	Formation en santé et sécurité au travail	X	
Total: 2 projets		**2**	**0**

V. Coordination de la recherche universitaire

V. Coordination de la recherche universitaire

5.1 Mandat de la Commission de la recherche universitaire

Le Conseil des universités exerce ses responsabilités en matière de planification de la recherche universitaire avec l'aide de la Commission de la recherche universitaire, créée en vertu de l'article 13 de sa loi constitutive.

Au 30 juin 1982, la Commission était composée des membres suivants:

Madame Christiane QUERIDO, présidente

Monsieur Pierre BÉLANGER
Professeur
Département de génie électrique
Université McGill

Monsieur Bernard BONIN
Professeur
École nationale d'administration publique

Madame Francine DESCARIES BÉLANGER
Étudiante
Département de sociologie
Université de Montréal

Monsieur Bernard MARINIER
Doyen des études avancées et de la recherche
Université du Québec à Rimouski

Monsieur Jean MORISSET
Professeur
Département de biologie
Université de Sherbrooke

Madame Louise ROY
Chargée de projets
Conseil des transports de la région de Montréal

Monsieur Norman SEGALOWITZ
Professeur
Département de psychologie
Université Concordia

Monsieur Alain VINET
Professeur
Département des relations industrielles
Université Laval

Monsieur Philippe BERGERON
Directeur général adjoint
Direction générale de l'enseignement et de la recherche universitaires — MEQ — Observateur

Monsieur Yvan CLICHE
Président-directeur général
Fonds FCAC pour l'aide et le soutien à la recherche — Observateur

Monsieur Michel SLIVITSKY
Directeur général
Bureau de la science et de la technologie
Ministère d'État au Développement culturel et scientifique — Observateur

Monsieur Richard SIMONEAU, secrétaire.

5.2 Travaux de la Commission en 1981-1982

En 1981-82, la Commission a tenu trois séances d'une durée totale de trois jours, où elle a adopté trois avis, et assumé la supervision de quelques travaux d'étude.

Sous certains aspects, 1981-82 fut pour la Commission une année de transition; d'abord à cause de la vacance de plusieurs mois ayant existé à la présidence du sous-organisme; ensuite, du fait de la réorientation de son programme annuel de travail, conséquemment à la mise sur pied du Fonds FCAC. Ainsi cette année, la Commission n'a pas procédé à l'évaluation des demandes de subventions au titre de FCAC — centres de recherche, cette tâche étant remplie, pour une première fois, par le Fonds FCAC lui-même. Et la Commission n'a pu encore, au moment d'écrire ces lignes, élaborer son avis annuel sur le fonctionnement du programme FCAC, étant donné certaines décisions encore à venir de la part de l'organisme concerné, d'ici les mois d'été, sur certains volets de son programme d'aide à la recherche.

Mais, outre les efforts consacrés à certaines tâches coutumières — collaborations avec le Comité des programmes pour l'évaluation des nouveaux programmes de 2e et 3e cycles, collaborations diverses avec le Secrétariat du Conseil — les travaux de la Commission, en 1981-82, ont porté vers certaines directions inédites.

— Le nouveau programme de subventions «d'action structurante» du MEQ

À la demande du ministre de l'Éducation, la Commission a élaboré, pour adoption ultérieure par le Conseil, deux projets d'avis relatifs au financement de programmes de développement de la recherche déposés, l'un par l'Institut Armand-Frappier de l'Université du Québec, pour les biotechnologies, l'autre par l'Université du Québec à Rimouski, pour l'océanographie.

Les deux demandes financières — voisinant chacune le demi-million — avaient été soumises au titre d'un nouveau programme du MEQ dit «d'action structurante», dont la création était annoncée dans le Livre blanc de 1980 sur la politique québécoise de la recherche. Nonobstant le fait que les lignes directrices du nouveau programme restent encore assez fluides — l'on comprend que celui-ci vise à favoriser l'émergence, ou la consolidation de centres d'excellence dans le réseau universitaire, par des investissements au niveau des infrastructures, de la formation et de l'emploi du personnel scientifique — la Commission n'a pas eu trop de difficultés à élaborer ses recommandations relativement aux deux demandes. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un dossier manifestement prioritaire pour le Québec, — les biotechnologies —, présenté par un établissement doté de compétences et de ressources exclusives au sein du réseau. Dans le deuxième cas, — l'océanographie —, une étude de l'état et des besoins de recherche et de formation dans le réseau universitaire et dans les autres institutions scientifiques québécoises et canadiennes révéla que l'université requérante, à ce moment-ci du moins, ne disposait pas du potentiel, ni n'avait établi clairement de stratégie propre à lui garantir un leadership dans le domaine scientifique considéré; d'où la recommandation négative de la Commission à propos de la demande de financement de l'UQAR.

Les deux avis de la Commission, adoptés par le Conseil, sont reproduits en annexe au présent rapport.

— L'évaluation des secteurs de recherche

La Commission, après avoir procédé aux consultations usuelles, a adressé au Conseil en mars 82 un avis ainsi que le rapport du *Comité d'étude sur la recherche nordique* au Québec. Le document du comité, endossé presqu'intégralement, par la Commission et le Conseil, contient une vingtaine de recommandations relatives à l'orientation, à l'organisation et à l'évaluation de la recherche sur le Nord au Québec, dans les universités elles-mêmes, au niveau de l'ensemble du réseau universitaire, et enfin aux points d'interface entre l'université et les autres secteurs d'exécution de la recherche — entreprises, gouvernements, collectifs sociaux.

Ce type d'analyse «systémique» ou «sectorielle» de l'état et des besoins de la recherche universitaire, rejoint directement l'un des mandats que le ministre avait assigné au Conseil dans le Livre blanc de 1980 sur la politique de recherche et qu'il a confirmé dans un discours récent, en avril 1982. Le Conseil vient tout juste de recommander au ministre, dans un avis en date de juin 82, de l'autoriser, en collaboration avec le ministère d'État au Développement scientifique, à mener une étude analogue à celle sur le Nord et qui portera sur le secteur de l'océanographie.

Le ministre, de son côté, demandait au Conseil en février 82 de «l'aviser sur le développement de la physique nucléaire dans les universités québécoises et de mener les études nécessaires à cette fin», eu égard en particulier à l'impact éventuel sur le réseau du projet présenté par l'Université de Montréal au Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie, pour la construction d'un accélérateur d'électrons. La demande d'avis du ministre prend comme toile de fond l'article 21 de la Loi du ministère des Affaires intergouvernementales, lequel oblige les établissements universitaires à requérir l'autorisation du ministère de l'Éducation avant de toucher des subventions importantes de la part des organismes fédéraux. Il est loisible de penser que les demandes d'études et d'avis adressées au Conseil, au titre de l'application de la loi considérée, deviendront plus fréquentes au cours des prochaines années, étant donné les initiatives concurrentes prises par les gouvernements de Québec et d'Ottawa, au chapitre du soutien et de la planification de la recherche universitaire, et les problèmes de coordination qui sont susceptibles d'en résulter, alors que le réseau se retrouve déjà dans une conjoncture difficile au plan de la gestion des ressources.

— L'étude sur l'impact du financement de la recherche universitaire par les organismes fédéraux

Entreprise au semestre d'automne 1981, conformément au mandat assigné au Conseil par le ministre, l'étude susmentionnée progresse normalement et devrait déboucher sur un rapport à l'automne '82. Beaucoup d'efforts, en une première étape, ont été consacrés à la simple collecte de la documentation de base sur les politiques et les programmes d'aide à la recherche des organismes fédéraux, de même qu'à l'élaboration d'un cadre d'analyse et d'un plan de travail pour la Commission. La mise au point d'un fichier analytique des programmes d'aide, la collecte d'informations quantitatives et qualitatives détaillées à propos des programmes identifiés comme présentant un impact lourd pour la gestion et le développement des universités, l'étude des politiques, des plans de développement, des activités récentes des principaux organismes fédéraux d'orientation et de financement de la recherche universitaire sont autant de tâches qui ont été réalisées jusqu'ici. Après les rencontres prévues pour la fin de l'été avec les représentants des organismes fédéraux, le secrétariat devrait s'attaquer à la rédaction du projet de rapport final.

VI. Financement de l'enseignement supérieur

VI. Financement de l'enseignement supérieur

6.1 Mandat et composition du Comité

En vertu de la loi qui le constitue, le Conseil des universités doit donner avis au ministre de l'Éducation sur les «budgets annuels de fonctionnement et d'investissements des établissements d'enseignement supérieur» (article 4 b) et «sur la répartition entre ceux-ci du montant global des crédits annuels dégagés pour fins d'enseignement supérieur et de recherche universitaire» (article 4 c). Le Conseil exerce ses responsabilités à l'égard du financement des universités par l'intermédiaire de son Comité de financement.

En 1981-1982, la composition du Comité était la suivante:

Monsieur Maurice COHEN, président

Monsieur Gilles BEAUSOLEIL
Directeur
Office de planification et de développement du Québec

Monsieur André BRASSARD
Professeur
Faculté des sciences de l'éducation
Université de Montréal

Monsieur Pierre DECELLES
Vice-président à la planification et aux communications
Université du Québec

Monsieur Sidney INGERMAN
Professeur
Département des sciences économiques
Université McGill

Monsieur Robert NELSON
Vice-recteur
Administration et finances
Université du Québec à Chicoutimi

Monsieur Jean-Jacques ST-PIERRE
Vice-doyen
Faculté d'administration
Université de Sherbrooke

Monsieur Pierre LAVIGNE
Directeur
Ressources matérielles et financières
Direction générale de l'enseignement et de la recherche universitaires Observateur

Monsieur Claude LÉTOURNEAU, secrétaire.

6.2 Activités du Comité en 1981-1982

Le Comité de financement s'est réuni quatre fois entre février 1982 et mai 1982 pour préparer les avis sur le niveau et la répartition de l'enveloppe de financement du réseau universitaire. Le Comité a étudié l'évolution de la situation financière des universités au cours des dernières années et plus particulièrement l'évolution de la part des dépenses gouvernementales consacrée au fonctionnement des universités et l'évolution des dépenses par étudiant. Les préoccupations majeures du Comité ont été le financement des clientèles additionnelles et les conséquences des coupures budgétaires récentes et de celles annoncées pour les trois prochaines années.

Les deux avis du Conseil sur le financement de l'enseignement supérieur qui apparaissent en annexe au présent rapport annuel reprennent la plupart des considérations et des conclusions auxquelles en arrive le Comité de financement.

Annexes

I. Loi du Conseil des universités

Éditeur officiel
Québec

C-58

Loi sur le Conseil des universités

Octobre 1979

NOTE AU LECTEUR

Ce tiré à part des Lois refondues du Québec constitue un texte authentique. Il a donc une valeur officielle et l'usager peut s'y référer sans nul besoin de recourir à l'édition complète.

Cet extrait ne contient cependant pas les modifications législatives qui auraient pu survenir après le 31 décembre 1977. Le cas échéant, ces modifications se trouvent énumérées ci-après.

L'éditeur doit cependant attirer l'attention du lecteur sur deux points importants:

1. Les lois sanctionnées en 1978 et 1979 modifient les chapitres tels qu'ils se lisaient avant la Refonte. Comme un renvoi aux dispositions d'un ancien chapitre doit s'entendre comme un renvoi aux dispositions correspondantes de la Refonte, le lecteur devra consulter la table de concordance des anciens et des nouveaux chapitres puisque certains articles peuvent être renumérotés, omis ou encore intégrés à d'autres lois. Cette table suit immédiatement le texte de loi.
2. Cette édition présente le droit en vigueur au 31 décembre 1977. Dès lors, ne sont pas indiquées les entrées en vigueur non seulement de certains articles des Lois refondues mais encore des lois modifiantes sanctionnées en 1978 et 1979.

Le Bureau de l'éditeur officiel publiera une version mise à jour, qui aura valeur authentique, dès que la Commission de refonte des lois et des règlements la lui aura rendue disponible.

Modifications survenues depuis le 31 décembre 1977:

Aucune

TABLE DE CONCORDANCE

LOIS DU QUÉBEC, 1968	**LOIS REFONDUES, 1977**
Chapitre 64	**Chapitre C-58**
LOI DU CONSEIL DES UNIVERSITÉS	LOI SUR LE CONSEIL DES UNIVERSITÉS

ARTICLES	ARTICLES	REMARQUES
1 - 17	1 - 17	
18		Omis
19	18	
20		Omis

La table de concordance fait état de tous les numéros d'articles, qu'ils aient changé de numérotation ou non. Quant aux autres divisions (i.e. partie, chapitre, section, sous-section, paragraphe, etc. . .), s'il en est, il en est fait état que si elles ont changé de numérotation.
Le terme « omis » dans la colonne « Remarques » vise l'article qui n'apparaît pas dans la refonte parce qu'il est sans effet, local, privé, d'objet accompli, temporaire, transitoire, non en vigueur, ou encore, parce qu'il est un article d'abrogation ou de remplacement.

Chapitre C-58

LOI SUR LE CONSEIL DES UNIVERSITÉS

Organisme institué. Nom.

1. Un organisme, ci-après appelé «le Conseil», est institué sous le nom de «Conseil des universités».

1968, c. 64, a. 1; 1977, c. 5, a. 14.

Fonction principale.

2. Le Conseil a pour fonction principale de donner des avis au ministre de l'éducation sur les besoins de l'enseignement supérieur et de la recherche universitaire et de lui faire des recommandations sur les mesures à prendre pour combler ces besoins.

1968, c. 64, a. 2.

Pouvoirs.

3. Le Conseil peut, en particulier:

a) étudier les besoins de l'enseignement supérieur en tenant compte des besoins culturels, scientifiques, sociaux et économiques du Québec, ainsi que des ressources humaines et matérielles et des effectifs étudiants;

b) proposer les objectifs qui doivent être poursuivis, à court et à long terme, pour que soit assuré le développement de l'enseignement supérieur et reviser périodiquement ces objectifs;

c) donner au ministre de l'éducation des avis sur le développement des institutions universitaires et sur la création de nouveaux établissements d'enseignement supérieur;

d) suggérer au ministre de l'éducation les normes qui pourraient être adoptées relativement à la standardisation des méthodes comptables des établissements d'enseignement supérieur;

e) étudier les budgets annuels de fonctionnement et d'investissements des établissements d'enseignement supérieur;

f) recommander le montant des crédits annuels à dégager pour fins de subventions aux établissements d'enseignement supérieur ainsi que leur répartition;

g) recommander des mesures propres à assurer la coordination et la collaboration entre les établissements d'enseignement supérieur et entre l'enseignement supérieur et les autres niveaux d'enseignement;

h) maintenir des liens étroits avec les organismes responsables de

la recherche et faire des recommandations au ministre de l'éducation relativement au développement de la recherche universitaire;

i) collaborer à la préparation des lois et des règlements relatifs à l'enseignement supérieur et à la recherche universitaire.

Études et recherches. Le Conseil peut aussi, avec l'autorisation du ministre de l'éducation, faire effectuer des études et recherches jugées utiles ou nécessaires à la poursuite de ses fins.

1968, c. 64, a. 3.

Avis du Conseil. **4.** Le ministre de l'éducation est tenu de soumettre à l'avis du Conseil:

a) tout plan qu'il entend mettre en oeuvre pour le développement de l'enseignement supérieur et de la recherche universitaire, à chaque phase majeure de son élaboration;

b) les budgets annuels de fonctionnement et d'investissements des établissements d'enseignement supérieur;

c) la répartition, entre les établissements d'enseignement supérieur, du montant global des crédits annuels dégagés pour fins d'enseignement supérieur et de recherche universitaire;

d) les mesures qu'il entend adopter pour assurer la coordination entre les établissements d'enseignement supérieur;

e) des règles relatives à la standardisation des méthodes comptables des établissements d'enseignement supérieur.

1968, c. 64, a. 4.

Composition. **5.** Le Conseil se compose des membres suivants, nommés par le gouvernement sur la recommandation du ministre de l'éducation:

a) le président;

b) neuf personnes du milieu universitaire, nommées après consultation des dirigeants, des professeurs et des étudiants des universités;

c) quatre personnes nommées après consultation des associations les plus représentatives du monde des affaires et du travail;

d) le président de la Commission de la recherche universitaire;

e) deux fonctionnaires du gouvernement.

1968, c. 64, a. 5.

Président. **6.** Le président du Conseil des universités est nommé pour cinq ans. Il doit s'occuper exclusivement du travail et des devoirs de sa fonction.

Traitement. Son traitement est fixé par le gouvernement.

1968, c. 64, a. 6.

Mandat des membres du Conseil.

7. Les membres du Conseil des universités visés aux paragraphes *b* et *c* de l'article 5 sont nommés pour quatre ans. Leur mandat ne peut être renouvelé consécutivement qu'une fois.

Premières nominations.

Cependant, pour les premières nominations, les treize premiers de ces membres sont nommés, quatre pour deux ans, quatre pour trois ans et cinq pour quatre ans.

Membre d'office.

Le président de la Commission de la recherche universitaire demeure membre du Conseil tant qu'il occupe sa fonction.

1968, c. 64, a. 7.

Certaines vacances.

8. Dans le cas des membres visés aux paragraphes *b* et *c* de l'article 5, toute vacance est comblée en suivant le mode de nomination prescrit pour la nomination du membre à remplacer, mais seulement pour la durée non écoulée du mandat de ce dernier.

Certaines vacances.

Telle vacance intervient par décès, démission, absence d'un nombre de réunions déterminé par règlement du Conseil et, pour les personnes nommées en vertu du paragraphe *b* de l'article 5, lorsqu'elles cessent de faire partie du milieu universitaire au sens des règlements du Conseil.

1968, c. 64, a. 8.

Fonctions incompatibles.

9. Aucun député à l'Assemblée nationale ne peut devenir membre du Conseil des universités ou le demeurer.

Domicile.

Les membres du Conseil des universités doivent être domiciliés dans le Québec.

1968, c. 64, a. 9; 1968, c. 9, a. 2, a. 90.

Indemnités pour dépenses.

10. Les membres du Conseil des universités autres que le président sont indemnisés de ce qu'il leur en coûte pour assister aux assemblées et reçoivent une allocation de présence fixée par le gouvernement.

1968, c. 64, a. 10.

Secrétaire.

11. Le secrétaire du Conseil est nommé, sur la recommandation du Conseil, par le gouvernement qui fixe son traitement; il ne peut être destitué que conformément aux articles 87 ou 97 de la Loi sur la fonction publique (chapitre F-3.1), selon le cas. Tout autre fonctionnaire ou employé du Conseil est nommé et rémunéré suivant ladite Loi sur la fonction publique.

1968, c. 64, a. 11; 1978, c. 15, a. 140.

Réunions.

12. Le Conseil doit se réunir au moins six fois par année.

1968, c. 64, a. 12.

Organisme de consultation. Nom.

13. Un organisme de consultation est institué auprès du Conseil sous le nom de « Commission de la recherche universitaire ». Les membres de cette commission sont nommés par le gouvernement sur la recommandation du Conseil.

Fonction.

La Commission a pour fonction de donner des avis au Conseil sur toute question relative à la recherche universitaire au Québec.

1968, c. 64, a. 13; 1977, c. 5, a. 14.

Président.

14. Le président de la Commission est nommé pour trois ans par le gouvernement, après consultation du Conseil.

Autres membres.

Le Conseil peut déterminer le nombre des autres membres de la Commission, qui ne doit pas excéder huit, la durée de leur mandat et la procédure à suivre pour leur remplacement.

Commissions.

Le Conseil peut, avec l'autorisation du ministre de l'éducation, constituer des commissions, y compris des commissions techniques consultatives et des commissions chargées de mandats spéciaux et déterminer la composition de ces commissions ainsi que la durée du mandat de leurs membres.

1968, c. 64, a. 14.

Indemnités pour dépenses.

15. Les membres de la Commission de la recherche universitaire ne reçoivent aucun traitement à ce titre; ils peuvent être indemnisés de ce qu'il leur en coûte pour assister aux assemblées et recevoir une allocation de présence fixée par le gouvernement.

1968, c. 64, a. 15.

Régie interne.

16. Le Conseil peut, par règlement, statuer sur toute matière requise pour sa régie interne.

1968, c. 64, a. 16.

Rapport annuel.

17. Le Conseil doit, au plus tard, le 30 juin de chaque année, faire au ministre de l'éducation un rapport de ses activités pour son année financière précédente; ce rapport doit aussi contenir tous les renseignements que le ministre peut prescrire.

Dépôt devant Assemblée nationale.

Ce rapport est déposé devant l'Assemblée nationale si elle est en session ou, si elle ne l'est pas, dans les trente jours de l'ouverture de la session suivante.

1968, c. 64, a. 17; 1968, c. 9, a. 90.

Application de la loi.

18. Le ministre de l'éducation est chargé de l'application de la présente loi.

1968, c. 64, a. 19.

ANNEXE ABROGATIVE

Conformément à l'article 17 de la Loi sur la refonte des lois (chapitre R-3), le chapitre 64 des lois annuelles de 1968, tel qu'en vigueur au 31 décembre 1977, à l'exception des articles 18 et 20, est abrogé à compter de l'entrée en vigueur du chapitre C-58 des Lois refondues.

© Éditeur officiel du Québec, 1980

MISE À JOUR TOUCHANT CE CHAPITRE:
1er JUIN 1979

II. Avis rendus par le Conseil des universités en 1981-1982

Avis n° 81.1

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur la place des étudiants dans l'université

Dépôt légal — 3e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 17 septembre 1981.

Introduction

Le Comité d'étude sur l'organisation du système universitaire de la Commission d'étude sur les universités intitulait le troisième livre de son rapport «*Les étudiants à l'université*». S'appuyant sur une étude spéciale des sociologues Dandurand et Fournier et sur les témoignages des étudiants et des associations étudiantes qui se sont présentés à la Commission lors de ses consultations, ce livre aborde un ensemble de questions couvrant la plupart des aspects de la vie de l'étudiant et formule une série de recommandations originales, visant à garantir aux étudiants une protection plus efficace et un rôle plus actif à l'université.

Dans la foulée de ce rapport, le Conseil des universités organisait, le 21 novembre 1980, à Montréal, un colloque où étaient convoqués des représentants des associations étudiantes et des universités ainsi que des observateurs du milieu. Le colloque visait à saisir les réactions des étudiants à certaines recommandations du comité d'étude et sollicitait l'avis des participants sur six thèmes: 1) l'accès à l'université; 2) la qualité de l'enseignement; 3) la participation étudiante aux décisions et le rôle des associations étudiantes à l'université; 4) le financement de l'enseignement supérieur et la condition financière de l'étudiant; 5) les services aux étudiants, et 6) les étudiants à temps partiel.

Il ressort nettement de ce colloque que la principale préoccupation des étudiants représentés concerne la reconnaissance d'un rôle actif de l'étudiant à l'université et la mise en place de mécanismes propres à garantir l'exercice de ce rôle, tant sur le plan collectif que sur le plan individuel. Les questions reliées à la définition d'une charte des droits de l'étudiant, à la reconnaissance des associations existantes et à leur participation réelle à la prise de décision ont fait l'objet de discussions et de revendications dont la plupart ont été reprises mais de façon plus précise lors du colloque sur les droits étudiants organisé par le Regroupement des associations étudiantes universitaires du Québec. Le Conseil a donc choisi de consacrer ce premier avis à analyser cette question.

Le Conseil, dans un avis ultérieur, traitera de la condition financière de l'étudiant universitaire et des modalités de sa participation au financement de ses études ainsi que du rôle que l'État doit jouer en cette matière. Le Conseil n'a fait qu'effleurer cette question dans ses avis précédents sur *L'université québécoise des années '80,* [1] et sur *Le financement du réseau universitaire 1981-82.* [2] Toutefois, étant donné l'importance de cet élément dans les revendications étudiantes, l'impact de toute politique en cette matière sur l'accessibilité aux études, et les mesures d'austérité qui ne pourront manquer de suivre les restrictions budgétaires annoncées pour les universités, le Conseil entend préciser davantage sa position sur cette question. Aussi conduit-il actuellement avec son Comité du financement universitaire un certain nombre d'études particulières nécessaires à l'élaboration d'une position cohérente sur l'équité des mesures à adopter en matière de condition financière des étudiants.

Un troisième sujet aurait certes mérité de faire objet de mention dans cet avis sur les étudiants: il s'agit des étudiants à temps partiel. En effet, ces derniers, à l'université, ont maintenant dépassé, en nombre absolu, les étudiants à temps complet. Ils se recrutent principalement, mais non exclusivement, chez les étudiants dits «adultes»; ils s'inscrivent en majorité dans des programmes de certificats; ils sont généralement absents des débats concernant la condition des étudiants, leurs besoins et la capacité de l'université d'y répondre adéquatement. Malgré certaines enquêtes locales, résultant de l'initiative de responsables de l'éducation permanente dans plusieurs universités et malgré l'enquête de Dandurand et Fournier dont 27% de l'échantillon était constitué d'étudiants à temps partiel, on sait relativement peu de choses d'eux. C'est pourquoi le Conseil des universités a entrepris depuis plusieurs mois une vaste enquête auprès de ces étudiants afin de mieux identifier leurs caractéristiques et leurs besoins.[3]

(1) Avis no 79.13

(2) Avis no 80.6

(3) Un questionnaire a été expédié à plus de 8 000 étudiants à temps partiel dans le réseau, et les résultats de cette étude devraient être disponibles à l'automne 1981.

Parallèlement, une seconde étude est en cours portant sur les programmes de certificats et l'enseignement dispensé hors-campus et à distance auprès de ces populations. Le Conseil publiera le résultat de ces études et formulera ultérieurement un avis sur l'ensemble de cette question.

Pour ce qui est d'autres aspects majeurs de la vie étudiante, tels: les conditions d'admission et le contingentement, les cheminements et les programmes, la formation pratique et les stages, le Conseil s'est déjà prononcé ou entend le faire sous peu. Il n'a donc pas jugé bon de reprendre ici l'exposé de ses positions antérieures sur ces questions.

La place de l'étudiant à l'université

C'est presque devenu un lieu commun — surtout depuis la disparition volontaire d'un certain nombre d'associations étudiantes, à la fin des années '60 — de déplorer la désintégration du milieu étudiant, sa relative apathie accompagnée de soubresauts sporadiques et son absence presque complète de la structure de décision de l'université et, partant, des principaux débats qui s'y déroulent. De nombreux facteurs ont été avancés pour tenter de rendre compte de la présente situation. Que cette attitude soit assimilée à un comportement plus général de l'ensemble de la société, qu'elle tire son origine plus immédiatement des expériences de dépersonnalisation et d'impuissance vécues aux niveaux secondaire et collégial[1] par l'ensemble de la population étudiante maintenant inscrite à l'université ou qu'elle soit reliée à la taille ou à la structure même de l'université, la résultante demeure la même.

Bien que, dans plusieurs établissements, on ait déjà prévu la présence d'étudiants à des comités, commissions ou autres instances institutionnelles, dans l'ensemble il ressort que leur voix exerce peu d'impact sur les décisions qui sont prises. À quoi tient cette difficulté qu'ont les étudiants de se faire entendre? Bien des réponses sont possibles. Elle peut être imputée dans certains cas à un problème de représentativité, problème dont la source principale proviendrait de la difficulté à trouver des modes d'association qui respectent la diversité de leurs situations tout en assurant la légitimité et l'autorité de leurs représentants auprès des autres groupes de l'université et tout en leur permettant un financement adéquat. Mais d'autres problèmes s'ajoutent à celui-ci, qui sont reliés à certaines résistances de la part des universités. Les étudiants s'estiment souvent mal informés de leurs droits, lesquels, dans certains domaines, ne sont pas clairement définis. De plus, dans la collectivité universitaire, ils bénéficient rarement de mécanismes de recours aptes à promouvoir et à protéger pleinement ces droits. Aussi, ne disposent-ils souvent que du recours au débrayage ou à la grève sauvage comme moyen de faire entendre leur voix. On peut faire état aussi de la difficulté d'accès à l'information et du statut transitoire de l'étudiant. Quoi qu'il en soit, on a là des diagnostics larges qui mériteraient d'être étayés par l'analyse des diverses situations institutionnelles.

La situation, comme le notait le Conseil dans son avis sur l'université québécoise des années '80, semble se détériorer davantage depuis l'avènement du syndicalisme chez le personnel enseignant. La syndicalisation des professeurs a contribué «à l'avènement d'une université à deux, de plus en plus préoccupée de son fonctionnement interne, de moins en moins sujette aux sanctions et au contrôle de la collectivité et accordant une place de plus en plus réduite aux étudiants»[2] Dans de nombreuses universités, les étudiants en effet demeurent maintenant le groupe qui paraît le moins bien organisé et, de façon officielle, le moins adéquatement représenté. Aussi, leur rôle effectif par rapport à la prise de décision est-il souvent trop restreint.

Certes, il faut se garder de déduire de la faiblesse ou de l'absence d'associations générales regroupant l'ensemble des étudiants que ces derniers n'ont pas réussi à s'organiser de façon efficace au niveau des modules ou des départements et qu'ils n'ont pas, dans certains établissements, une voix importante sur ce qui concerne l'organisation immédiate de leur vie académique, de leurs cours et de leur programme. La variété des situations à ce niveau n'est guère documentée, pas plus que ne l'est l'évaluation de l'impact véritable de cette contribution étudiante. Néanmoins, l'absence relative, dans la plupart des cas, de règles claires en ces matières contraste avec la réglementation de plus en plus poussée négociée par les professeurs dans leurs conventions collectives et entraîne le déplacement progressif d'un certain nombre de décisions à des niveaux où les étudiants ne sont que peu ou pas représentés.

---

[1] Voir à ce sujet: Conseil supérieur de l'éducation: *L'État et les besoins de l'éducation*, Rapport 1979-1980, pp. 7 à 30.

[2] Conseil des universités: *L'université québécoise des années '80*, Onzième rapport annuel, 1979-1980, p. 279.

Cette absence de l'étudiant à la vie universitaire doit être déplorée non seulement en fonction de ce qu'elle enlève aux étudiants eux-mêmes mais aussi en raison de l'appauvrissement qui ne peut manquer d'en découler pour l'ensemble de la vie universitaire. En effet, tout comme la participation des citoyens est le garant de la vie démocratique dans une société, de la même façon la qualité d'une université ne peut manquer d'être affectée par le rôle qu'y jouent les étudiants dans son orientation et dans son organisation.

C'est pourquoi, il semble essentiel au Conseil que les universités appuient concrètement les étudiants dans leurs efforts pour occuper toute la place qui leur revient. Aussi doivent-elles définir et codifier de façon concrète à tous les niveaux et dans tous les secteurs de la vie universitaire les modalités selon lesquelles les étudiants pourront faire valoir leur point de vue et réclamer leurs droits. En particulier, il est impérieux que soient reconnus un certain nombre de droits fondamentaux à l'étudiant et qu'on lui garantisse de façon formelle l'exercice individuel et collectif de ces droits.

A) Les droits fondamentaux

Il apparaît presque superflu de rappeler ici que, comme pour tous les citoyens, l'étudiant jouit des droits fondamentaux garantis par la Charte des droits et libertés de la personne. Il jouit en particulier des libertés fondamentales telles que définies à l'article 3: liberté de conscience, liberté de réunion pacifique et liberté d'association. Il a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation (article 4), au respect de sa vie privée (article 5) et doit être à l'abri de toute pratique discriminatoire fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, l'état civil, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale ou le fait qu'il soit une personne handicapée ou qu'il utilise quelque moyen pour pallier son handicap (article 10). Il bénéficie enfin de tous les droits juridiques, économiques et sociaux qui s'appliquent à l'ensemble de la population et aussi du droit à l'information et du droit à un niveau de vie décent. Il peut donc recourir à la Commission des droits de la personne ou à l'une ou l'autre des instances compétentes s'il s'estime lésé dans l'un ou l'autre de ces droits.

Ces droits, est-il besoin de le rappeler, ne sont pas spécifiques à l'étudiant même si les applications qui en découlent peuvent être particulières aux universités. Ces dernières non seulement en général les respectent mais certaines ont fait preuve d'initiative et d'imagination en mettant en place des mécanismes pour en assurer le respect, pour en faire connaître l'existence auprès de la population étudiante intéressée et pour s'assurer que des procédures de recours sont accessibles à toute personne qui s'estime lésée. Par exemple, des mesures ont été adoptées dans la plupart des universités pour assurer la confidentialité du dossier étudiant face à des utilisateurs non autorisés, même s'il faut déplorer qu'en certains endroits, l'étudiant lui-même ne puisse avoir accès à toutes les pièces de son dossier (sauf, bien entendu, aux pièces obtenues sous le sceau de la confidentialité avec l'accord de l'étudiant lui-même).

De plus, les universités ont mis fin depuis longtemps aux pratiques discriminatoires les plus ouvertes. Certaines d'entre elles se sont aussi engagées dans des études et des initiatives visant à corriger des situations qui apparaissent conduire à des résultats inéquitables envers des groupes particuliers d'individus tels les femmes et les personnes handicapées... De telles entreprises doivent être poursuivies activement.

La reconnaissance de ces droits fondamentaux n'est toutefois pas suffisante pour assurer à l'étudiant un exercice normal de ses droits en tant qu'étudiant. En effet, si l'on considère l'étudiant dans sa relation à l'université, il faut le percevoir à la fois comme un consommateur de services et comme un artisan de sa formation. Comme consommateur, il faut lui reconnaître le droit à l'information préalable qui permet d'exercer un choix judicieux et le droit à la qualité du produit compte tenu de la technologie existante et des ressources disponibles. Comme artisan de sa formation, l'étudiant a le droit de participer aux décisions qui le concernent. Il doit pouvoir exercer ces droits individuellement et collectivement et bénéficier d'une possibilité de recours s'il s'estime lésé.

B) Les droits spécifiques à l'étudiant

a) le droit à l'information

L'étudiant, jeune ou adulte qui désire s'inscrire à l'université, devrait disposer de l'information la plus précise possible sur les options qui lui sont offertes, sur la qualité relative des programmes, leurs conditions d'accès, leurs avantages comparatifs et le degré de succès des étudiants qui y ont déjà cheminé, à la fois en terme de succès scolaire et d'intégration au marché du travail. Cette information, qui

doit permettre de comparer les établissements et les programmes entre eux, déborde le cadre d'un seul établissement. Elle pourrait être coordonnée et même fournie par un organisme central, à l'exemple de ce que l'on observe en plusieurs autres endroits du milieu universitaire nord-américain. Selon se nature, elle devrait s'adresser non seulement aux finissants des cégeps mais aux étudiants du deuxième cycle du secondaire, à ceux de première année de cégep et à toute clientèle qui désire se prévaloir des services offerts par l'université. Toutefois, de façon plus particulière, au moment de sa demande d'admission, l'étudiant devrait disposer des éléments d'information suivants: la description précise des programmes et des cours offerts; les conditions d'admission; les critères et procédures de notation; les exigences requises pour l'obtention du diplôme et de la reconnaissance professionnelle; les conditions de passage à d'autres programmes ou à d'autres niveaux; les programmes de support académique; les services aux étudiants; les coûts; les modes de paiement; les modalités de remboursement; l'aide financière disponible et toute autre information concernant des règlements spécifiques à l'établissement et susceptibles d'influencer la décision de l'étudiant d'y entreprendre des études universitaires. Il faut souligner les progrès considérables réalisés par les universités à ce chapitre et il y a lieu d'espérer qu'elles apporteront les correctifs nécessaires, au besoin.

De même, pendant la durée de ses études, et en temps opportun, l'étudiant devrait disposer de la description de ses cours: les objectifs, les méthodes pédagogiques, les exigences particulières et les procédures d'évaluation. Il devrait aussi être clairement informé des échéances auxquelles il doit s'astreindre et des procédures qui prévalent en matière de modifications de cours ou de programmes. Il doit, en outre, être informé des aspects professionnels des dossiers des professeurs responsables de ces cours. Enfin, il importe que lui soient accessibles les évaluations effectuées par les autres étudiants sur les cours auxquels il entend s'inscrire.

Enfin, en tout temps, l'étudiant devrait disposer de l'information rendue disponible aux autres membres de la communauté universitaire et qui n'est pas régie par un protocole clair visant à en assurer la confidentialité. Surtout, dès son entrée à l'université, l'étudiant doit être informé des mécanismes qui sont prévus dans la structure universitaire afin de lui permettre d'intervenir activement dans le processus décisionnel et aussi des mécanismes de recours qui lui permettront d'en appeler éventuellement des décisions le concernant.

b) le droit de participer aux décisions

Plus qu'un consommateur de service, l'étudiant est un artisan actif de sa propre formation et à ce titre il partage des droits et des responsabilités analogues à ceux des autres partenaires de la communauté universitaire. C'est à ce titre surtout qu'il importe d'élargir la présence de l'étudiant à tous les niveaux, de la confirmer et de la codifier par des règles et de veiller à ce que cette participation exerce un impact réel sur la vie universitaire.

C'est pourquoi le Conseil considère que c'est une exigence minimale de requérir que les étudiants collectivement — c'est-à-dire par le biais de représentants qu'ils auront choisis — aient une voix dans la définition des activités académiques et des conditions de leur réalisation (règlements, programme, cours), de même que dans l'élaboration des politiques qui les touchent directement en tant qu'étudiants, et cela quel que soit le type de représentation envisagé. Ceci s'applique également aux services aux étudiants.

Ainsi, au niveau des cours, des modules ou des départements, le Conseil considère que les étudiants doivent être engagés de façon statutaire dans la planification des cours et des programmes, de même que dans l'évaluation des enseignements. L'implication de l'étudiant dans l'évaluation des enseignements qu'il reçoit devra conduire à examiner et déterminer des mécanismes et un cadre de participation des étudiants à l'embauche, au renouvellement de contrat ou à la promotion des professeurs.

Sur le plan de la planification des cours et des programmes, les modèles utilisés sont nombreux; structure modulaire, comité de programme, contrat pédagogique, etc. Souvent, ils font appel à des regroupements étudiants à la base, dont certains font preuve d'une vitalité et d'un dynamisme facilités sans doute par une communauté d'intérêts mais aussi par la conscience plus immédiate de pouvoir influencer des décisions qui sont demeurées, en partie du moins, du ressort des unités décentralisées.

Dans d'autres cas toutefois, ces décisions échappent aux regards des étudiants du fait qu'elles se sont toujours prises ou ont été transférées vers des lieux où les étudiants sont à toutes fins pratiques absents (assemblées professorales à caractère syndical, organismes universitaires centraux, etc.).

Quelle que soit l'évolution qu'aient connu les situations, il demeure essentiel pour l'université de veiller, lorsque cela s'est produit, à ce que les décisions de cette nature soient ramenées dans des centres décisionnels les plus près possible de la base et de créer les mécanismes aptes à assurer aux étudiants la possibilité d'avoir un impact véritable sur les organismes qui ont quelque autorité en ces matières.

Concernant l'évaluation des enseignements, le Conseil a déjà affirmé dans son avis sur *L'université québécoise des années '80* sa conviction de la nécessité «d'associer dans un processus d'évaluation continue ceux qui, au premier chef, sont les plus immédiatement intéressés, les étudiants».[1] Si le Conseil revient ici sur cette proposition, c'est pour souligner l'importance et même l'urgence d'instaurer comme pratique régulière dans chaque université une procédure d'évaluation des enseignements dont le déroulement ne soit pas laissé au bon vouloir des assemblées départementales ou modulaires, mais soit régi par un règlement universitaire s'appliquant à tous. Pour qu'une telle évaluation soit crédible de part et d'autre et qu'elle entraîne les résultats espérés, il est nécessaire: 1) qu'il y ait entente préalable entre les professeurs et les étudiants sur la méthodologie ou le questionnaire d'évaluation utilisé; 2) que ce dernier soit administré dans un contexte où tous les étudiants peuvent y répondre librement; 3) que la compilation des résultats soit effectuée de façon à ne susciter aucune méfiance de part et d'autre; 4) que les résultats de l'évaluation soient connus des professeurs et des étudiants, et 5) qu'il en soit tenu compte dans le dossier d'évaluation des professeurs pour fins de renouvellement de contrat ou de promotion.

Le Conseil est conscient des réticences qu'une telle proposition ne peut manquer de susciter auprès de certains professeurs et de leurs associations syndicales. Cette pratique existe néanmoins dans nombre d'universités, ici et ailleurs, et depuis fort longtemps, pour le plus grand bénéfice des professeurs et des étudiants. L'Association canadienne des professeurs d'universités a même proposé récemment d'intégrer de telles évaluations dans un dossier plus global portant sur l'ensemble des réalisations d'un professeur d'université en tant qu'enseignant.[2]

[1] Conseil des universités: *L'université québécoise des années '80*, Onzième rapport annuel, 1979-1980, p. 253.

[2] CAUT: Guide to the Teaching Dossier, its Preparation and Use, prepare by the Teaching Effectiveness Committee of the Canadian Association of University Teachers.

L'introduction d'une telle pratique à l'université est importante à plus d'un titre. En particulier, elle devrait contribuer à modifier de façon substantielle les modes mêmes de gestion de l'université et apporter une contribution importante à la qualité de la vie universitaire tout comme à celle de l'enseignement dispensé dans chaque établissement. De plus, si l'on veut éviter le modèle de l'université à deux et donner aux étudiants la place qui leur revient, il est illusoire de penser y arriver sans, au point de départ, reconnaître à ces derniers le droit et la capacité de porter un jugement sur les enseignements et les services qui leur sont dispensés.

c) le droit d'association

Malgré toute l'importance qu'il attache à l'implication de l'étudiant à toutes les étapes majeures de sa formation, le Conseil des universités ne considère pas que le rôle de ce dernier doive se limiter à des choix personnels ou à des actions dont l'impact ne dépasse pas l'unité de base de l'organisation académique. Au contraire, il apparaît de plus en plus essentiel que les étudiants soient davantage présents collectivement à tous les niveaux de la structure où se prennent les décisions susceptibles d'affecter leur vie. Cette présence s'impose certes au premier chef là où sont définies les politiques concernant les services aux étudiants. Elle n'en est pas moins nécessaire partout où sont prises des décisions majeures concernant la réglementation académique et l'affectation des ressources. Les exigences d'une telle implication sont toutefois différentes. Elles font appel à la nécessité pour les étudiants de s'organiser en association représentative de l'ensemble et à la responsabilité de l'administration universitaire de faciliter aux représentants de ces organismes le meilleur exercice de leurs droits et de leurs responsabilités.

Si l'on reconnaît sans problème à tous les étudiants le droit d'association et si on semble souhaiter un peu partout la renaissance d'un mouvement étudiant organisé et fort, il n'en demeure pas moins que les associations étudiantes en place ou en formation font actuellement face à des problèmes majeurs d'organisation et de reconnaissance dans la majorité des universités. La situation semble moins critique cependant dans les universités anglophones, où une longue tradition légitime ces organisations, et dans les universités de petite taille, où l'on note une plus grande homogénéité et une plus grande communauté d'intérêt de la population étudiante à temps complet. Ailleurs, étant donné la multiplicité des

groupes, la mobilité de la population étudiante, la diversité de leurs intérêts et le pluralisme des idéologies en présence, il est devenu de plus en plus difficile à une organisation dont les ressources sont limitées d'atteindre un nombre suffisant d'adhésions pour répondre aux critères traditionnels de représentativité des universités pour reconnaître une association et lui assurer un financement adéquat.

Dans certaines universités, les problèmes liés à la reconnaissance des associations ont atteint une ampleur telle que certains étudiants ont cru bon de réclamer «que soit instauré un cadre juridique extérieur à l'université pour gérer l'accréditation et les règles de financement des associations étudiantes».[1] Sur ce point, le ministre de l'Éducation, tout en reconnaissant «que les institutions d'enseignement ne disposent pas d'un cadre juridique ou réglementaire qui facilite la reconnaissance des associations étudiantes» et tout en voulant «soutenir toute action et toute initiative qui leur permettra de leur donner une voix», déclarait lors d'une conférence de presse le 21 janvier dernier qu'il «ne veut pas se substituer aux étudiants ou aux institutions et n'entend donc pas remettre par dessus leur tête, des certificat de reconnaissance aux diverses associations générales d'étudiants».[2]

Le Conseil des universités estime devoir examiner plus à fond cette question. D'une part, devant la situation de fait qui prévaut actuellement dans plusieurs universités, situation caractérisée par les difficultés qu'éprouvent les associations étudiantes à se faire reconnaître comme représentatives de l'ensemble de la communauté étudiante et à se faire financer de façon adéquate, une simple déclaration de principe n'amènerait vraisemblablement pas une évolution sensible et satisfaisante de la situation à court ou moyen terme. Il y a donc lieu de présumer que la situation à toutes fins utiles demeurerait celle que le Conseil déplore plus haut et que le dialogue entre les universités intéressées et les regroupements étudiants achopperait sur les mêmes difficultés. D'autre part, l'encadrement dans un modèle juridique de toute démarche visant à reconnaître les organisations aptes à représenter les étudiants à l'intérieur de l'université impliquerait l'intervention directe d'un tiers, à savoir le ministre de l'Éducation, pour trancher sur une question qui, jusqu'ici, a toujours été considérée comme relevant de la stricte régie interne de l'université donc comme devant se régler à ce niveau et par les partenaires véritablement concernés.

Aussi, les étudiants eux-mêmes ont marqué leur réticence devant la forme que pourrait revêtir une telle intervention du ministère de l'Éducation. Les dangers d'une centralisation trop poussée et d'une bureaucratisation à outrance des processus de reconnaissance, comme l'instauration d'un légalisme formel et pas toujours approprié, risquent de créer autant sinon plus de problèmes que maintenant. Par ailleurs, le modèle d'association qui découlerait de l'intervention de l'État risquerait d'être par trop uniforme et uniformisant et d'aller à l'encontre des modèles d'association privilégiés par les étudiants, lesquels demeurent très variés et ainsi s'accommodent sans doute mieux des diversités institutionnelles elles-mêmes.

Le Conseil partage ces inquiétudes et n'estime pas judicieux d'en appeler immédiatement à une intervention ministérielle qui emprunterait soit une voie réglementaire, soit toute autre qui s'y apparente. Par contre, il estime que le ministre ne saurait demeurer indifférent à la situation actuelle si celle-ci devait se prolonger. En effet, la disproportion entre les moyens que possèdent les parties en présence peut fausser le débat, l'empêcher d'aboutir à une solution équitable et satisfaisante pour tous. Certes est-il dans l'intérêt des universités de se voir doter d'associations étudiantes fortes et dynamiques tout comme il est tout à fait légitime qu'elles veuillent s'assurer de la représentativité de ces organismes. Mais on peut tout aussi bien se demander si elles adoptent toute la souplesse nécessaire surtout en période d'organisation et si elles n'imposent pas de fait les conditions d'existence et les modèles d'association en déterminant au préalable les exigences auxquelles les associations devront se soumettre pour être reconnues. Lorsque tel est le cas, le rapport de force est véritablement disproportionné et l'intervention d'un tiers pourra être requise pour rétablir l'équilibre et permettre effectivement aux étudiants d'exercer leur droit d'association.

La situation pourrait pourtant évoluer de façon positive si des représentants des université et des regroupements d'étudiants, seuls ou ensemble, i.e. établissement par établissement ou tous les établissements du réseau, se rencontraient en un lieu et à un moment qu'ils détermineraient pour arrêter des

---

(1) Conseil des universités: Recommandation tirée du compte rendu de l'atelier 3 du colloque organisé par le Conseil des universités.

(2) Déclaration du ministre de l'Éducation, le docteur Camille Laurin, à la presse, le 21 janvier 1981.

consensus minimaux relatifs à l'établissement et à la reconnaissance des associations ainsi qu'à leur financement. Le Conseil croit que le ministre de l'Éducation devrait demander aux deux parties de se concerter sur cette question et de le tenir au courant de l'évolution de leurs discussions.

L'intervention d'un tiers, en l'occurrence le ministre de l'Éducation, ne devrait s'imposer que si ces discussions n'arrivaient pas à démarrer et à aboutir dans un délai bien défini ou si des problèmes insolubles se présentaient dans l'un ou l'autre des établissements du réseau. Car, il faut le rappeler, le droit d'association constitue un droit fondamental et on doit veiller à ce que son exercice ne soit pas entravé. En conséquence, s'il devait s'avérer que les étudiants rencontrent des obstacles à l'exercice de ce droit, le ministre de l'Éducation devra adopter les mesures qui s'imposent pour le faire respecter.

Le Conseil considère donc qu'il est urgent pour les universités et les étudiants de se mettre d'accord sur un cadre devant régir la reconnaissance des associations, que ce soit sur le plan local ou général, et sur les conséquences d'une telle reconnaissance en termes matériel et financier pour l'association ainsi reconnue.

Par ailleurs, une fois reconnues, ces associations doivent pouvoir disposer automatiquement de revenus stables et suffisants et avoir accès gratuitement à un certain nombre de services de support offerts par l'université: perception à la source des cotisations, courrier interne, locaux, affichage, etc. Elles devraient aussi être accréditées auprès des principaux organismes de l'université. Chaque association devrait ensuite demeurer libre de fixer le montant et les modes de perception de la cotisation qu'elle compte imposer à ses membres sans autre mode d'intervention de l'université sur ces questions.

d) Le droit de recours

Une fois reconnus les droits des étudiants et définies les modalités de leur intégration aux structures décisionnelles de l'université, il importe d'identifier et de préciser la nature des mécanismes de recours, individuel et collectif, auxquels ils peuvent s'adresser pour défendre ces mêmes droits.

De l'avis des étudiants rencontrés, avis qui confirme l'opinion d'un certain nombre d'experts présents aux deux conférences tenues en 1974 et en 1975 aux États-Unis sur la protection du consommateur dans l'enseignement supérieur, [1] il s'agit là de l'un des problèmes les plus importants auxquels doivent faire face les établissements. Comme le notait un document du RAEUQ préparatoire au colloque sur les droits étudiants: «Ce qu'il y a d'alarmant, ce n'est pas le fait de rencontrer des problèmes mais bien l'absence de mécanismes adéquats pour les résoudre. Les étudiants ne possèdent à peu près aucun recours pour se défendre sinon l'appel à l'opinion publique. Les débrayages restent un des seuls recours pour créer un rapport de force». [2]

Il importe donc que les universités non seulement s'engagent à respecter les droits des étudiants mais aussi qu'elles se dotent de moyens par lesquels l'étudiant pourra être assuré du respect de ses droits.

Certes certains règlements de l'université prévoient des procédures d'appel et de recours dans des cas précis (révision de notes, abandon des études, remboursement, etc.) mais, compte tenu des situations nombreuses et variées qui se présentent dans les diverses institutions, ce qu'il faut surtout souhaiter c'est qu'on élabore ou qu'on corrige, partout où cela s'impose, des règlements afin de rendre justice à l'étudiant. De plus, comme aucune procédure et aucun règlement ne peut être conçu de façon à rendre justice à tous, dans toutes les situations, nombre d'universités ont résolu de se doter d'un ombudsman pour assurer le respect des droits de la personne et la justice dans l'application des règlements. Le mandat habituellement confié au titulaire d'une telle fonction ne se limite pas aux seuls étudiants. Toutefois, étant donné la plus grande vulnérabilité de ces derniers et l'absence de protection institutionnalisée que leur fournirait par exemple une convention collective, ce sont eux qui sont susceptibles d'y avoir davantage recours.

Le rôle d'ombudsman, règle générale, est d'ordre consultatif et son pouvoir découle davantage de son autorité morale et de sa force de persuasion que de ses pouvoirs formels. Pour que son action ait quel-

---

(1) Education Commission of the States: *Consumer Protection in Post-secondary Education*, Conference Report and Recommendations, Denver, Colorado, June 1974, Report number 53.
Education Commission of the States: *Consumer Protection in Post-secondary Education*, Report of the Second National Conference, Knoxville, Tennessee, March 1975, Report number 64.

(2) Regroupement des associations étudiantes universitaires: Document préparatoire au colloque sur les droits des étudiants, Montréal, février 1981.

que efficacité, il importe donc que cette fonction relève de la plus haute instance de l'université (Conseil, Assemblée ou Sénat), que le choix de son titulaire fasse l'agrément de toutes les parties concernées, que son mandat ait une durée limitée et qu'il soit habilité à dénoncer publiquement toute situation qui lui semble porter préjudice aux personnes et à suggérer par la même voie les correctifs qu'il estime devoir être apportés. Dans une perspective plus large, il importe aussi que son rôle ne soit pas conçu comme celui d'un simple redresseur de torts mais que, profitant de sa situation privilégiée, il soit aussi mandaté pour mettre à jour des situations susceptibles de causer des injustices et pour proposer des modifications qui permettent aux instances concernées de corriger, le cas échéant, les normes et les règlements en vigueur. Tout rapport de l'ombudsman à cet effet devrait être soumis à la plus haute instance responsable dans l'université et faire l'objet d'une décision, après consultation des principales parties intéressées. Et sauf lorsque des circonstances d'exception l'exigent, le rapport devrait avoir un caractère public.

Pourtant où il existe, le rôle de l'ombudsman se caractérise par des actions correctives qui visent surtout à protéger et à promouvoir les droits des individus ou des groupes d'individus. Cette fonction n'est donc pas une panacée. Elle ne saurait assurément dispenser de la nécessité qu'existe en plus une instance large et délibérative promouvant la défense ou l'affirmation des droits des étudiants en tant que groupe spécifique. Cette instance peut prendre la forme d'une commission des affaires étudiantes tel qu'il en existe déjà dans certains établissements. Elle pourrait aussi revêtir la forme d'une commission des droits étudiants et être composée à tout le moins d'un nombre égal d'étudiants d'une part, et de représentants de la communauté universitaire d'autre part: administrateurs et professeurs. Dans l'un et l'autre cas, ce qui importe d'abord c'est d'assurer l'existence d'une instance qui soit mandatée pour la défense des droits étudiants, autant dans les sphères académiques qu'au niveau des services, par une action qui vise à apporter les correctifs nécessaires aux mécanismes qui existent dans l'université.

Conclusion

Les propositions contenues dans la section qui précède et visant à accorder aux étudiants la place qui leur revient à l'université, pourront sembler aux plus militants d'entre eux prudentes et réservées. D'autres les jugeront trop libérales et audacieuses. Si elles étaient toutes mises en application demain, elles n'en contribueraient pas moins à garantir aux étudiants l'exercice de leurs droits, à assurer de façon structuelle leur participation à l'évaluation des enseignements et de leurs activités académiques, à faciliter la reconnaissance des associations étudiantes et leur support matériel et financier à tous les niveaux et à doter la communauté universitaire en général et les étudiants en particulier de mécanismes de recours qui ne soient pas inutilement bureaucratiques.

En particulier l'institutionalisation des évaluations des enseignements par les étudiants, leur présence statutaire à toutes les instances et l'intervention vigilante d'un ombudsman et d'une commission des droits des étudiants constitueront autant d'aiguillons garantissant aux étudiants un meilleur exercice de leurs droits. Ralph Nader disait à un journaliste qui lui demandait quels étaient les principes qui avaient servi de base à son action: «J'ai cette idée du pouvoir qu'il ne s'exerce de façon responsable que lorsqu'il se sent menacé».[1] Cette menace ne doit pas conduire au repli sur soi et à la protection aveugle de ses propres intérêts. Au contraire, si elle s'appuie sur des mécanismes appropriés et si tous les partenaires en acceptent le défi, elle peut s'avérer un aiguillon constant et une plus grande source de justice et d'équité.

Recommandation 1

CONSIDÉRANT que l'étudiant jouit de tous les droits fondamentaux reconnus aux citoyens en vertu de la Charte des droits et libertés de la personne;

CONSIDÉRANT notamment que cette charte comporte des stipulations claires relatives au droit d'association ainsi qu'au droit à l'information;

CONSIDÉRANT toutefois que la reconnaissance de ces droits fondamentaux ne peut assurer de façon satisfaisante à l'étudiant ses droits en tant qu'étudiant;

[1] Traduction libre de: "I have this theory of power that if it is to be responsible, then it has to be insecure". Ralph Nader.

CONSIDÉRANT que l'étudiant n'est pas seulement un simple consommateur de services mais qu'il est surtout le principal artisan de sa propre formation et, qu'à ce titre, il doit disposer non seulement des possibilités de choisir, mais aussi des moyens d'agir sur les mesures prises en vue de lui permettre de réaliser sa propre formation;

CONSIDÉRANT que l'université en tant que corps social dûment constitué et à titre de communauté visant à promouvoir le bien-être de ceux qui la constituent doit adopter les mesures qui s'imposent à cette fin;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(— que l'étudiant ait accès, de façon statutaire, à toutes les informations pertinentes concernant ses études et ses conditions de vie en tant qu'étudiant à l'université, de même qu'à toute autre information généralement accessible aux autres membres de la communauté universitaire, et que l'université lui en facilite l'accès par des mécanismes appropriés;

(— que l'étudiant se voit reconnu le droit de participer de façon importante à la définition des activités académiques et aux conditions de leur réalisation (règlements, programmes, ressources), de même qu'à la définition de toute politique qui le touche directement en tant qu'étudiant, et cela quel que soit le type de représentation envisagé;

(— que toutes les universités statuent, par règlement, sur l'obligation pour les unités de base de procéder à une évaluation des enseignements par les étudiants et sur les principes devant présider à une telle opération; que les résultats de cette évaluation soient connus des professeurs et des étudiants et qu'il en soit tenu compte dans le dossier d'évaluation des professeurs pour fins de renouvellement de contrat ou de promotion;

(— que soit reconnu aux étudiants, dans chaque université, le droit d'association.

Recommandation 2

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer aux étudiants l'exercice du droit d'association;

CONSIDÉRANT le fait que dans certaines universités les étudiants font actuellement face à des problèmes majeurs d'organisation et éprouvent de sérieuses difficultés à se voir reconnaître leur association;

CONSIDÉRANT d'une part le caractère diversifié et mouvant de la population étudiante inscrite à l'université et, d'autre part, le fait de la variété des situations dans les universités et la diversité des modèles d'organisation et d'intervention que privilégient les étudiants eux-mêmes;

CONSIDÉRANT que l'adoption d'un cadre juridique unique visant à permettre la constitution de ces associations étudiantes, outre le fait qu'il pourrait aller à l'encontre des modèles diversifiés qui ont cours, risquerait d'entraîner l'implication d'une bureaucratie lourde et dont on n'est pas assuré qu'elle garantirait mieux la protection des droits étudiants;

CONSIDÉRANT que le ministre de l'Éducation peut influencer les parties en présence par d'autres voies que celles du décret ou de la réglementation ministérielle et que, dans l'immédiat, une intervention directe de sa part en ce sens n'apparaît pas nécessaire;

CONSIDÉRANT que la définition de propositions minimales relatives à la constitution, à la reconnaissance et au fonctionnement des associations étudiantes, propositions émergeant de l'ensemble des deux parties en présence et acceptées par elles, pourrait constituer le début du règlement de ce problème;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(— de ne pas retenir la recommandation du Comité d'étude sur l'organisation du système universitaire de la Commission d'étude sur les universités visant à encadrer dans un modèle juridique emprunté au monde du travail toute démarche d'organisation et de représentation des étudiants à l'intérieur d'une université;

(— de demander aux universités et aux regroupements étudiants de déterminer en com-

(mun un ensemble de propositions minimales faisant le consensus et relatives à la constitution et à la reconnaissance des associations étudiantes ainsi qu'à leurs conditions matérielles d'existence;

(— de n'intervenir lui-même que dans la mesure où les deux parties en présence ne sauraient s'entendre dans un échéancier raisonnable à déterminer.

Recommandation 3

CONSIDÉRANT le fait qu'un droit reconnu peut d'autant mieux être respecté s'il existe des mécanismes de recours pour défendre ce droit;

CONSIDÉRANT qu'au chapitre de la défense des droits des étudiants il existe entre les universités des différences marquées;

CONSIDÉRANT que la fonction d'ombudsman et la présence d'une commission des droits des étudiants peuvent s'avérer être des mécanismes appropriés à la défense de tels droits;

CONSIDÉRANT que l'absence de tels mécanismes ne laisse souvent à l'étudiant comme possibilité de recours que le débrayage ou l'appel à l'opinion publique;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(— que les universités se dotent des moyens par lesquels l'étudiant pourra être assuré du respect de ses droits, qu'elles fassent connaître l'existence de ces mécanismes à tous les étudiants au moment de leur inscription à l'université et qu'elles facilitent l'accès à ces mécanismes par des procédures simples et facilement accessibles;

(— que les universités considèrent l'opportunité de se doter d'un ombudsman mandaté spécifiquement pour assurer le respect des droits de la personne et la justice dans l'application des règlements;

(— que les universités considèrent l'opportunité de se doter d'une commission des droits des étudiants composée d'un nombre égal d'étudiants et de représentants de la communauté universitaire;

(— que cette commission soit chargée en particulier d'explorer les situations susceptibles de faire problème ou de causer préjudice aux étudiants, de proposer les modifications requises et de rendre publics ses rapports et recommandations auprès de l'ensemble de la communauté universitaire;

(— que ces instances de recours, l'ombudsman et la commission des droits, adressent leurs recommandations aux autorités décisionnelles les plus élevées dans l'université.

Avis n° 81.2

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur le programme de doctorat en océanographie de l'Université du Québec à Rimouski

Dépôt légal — 3e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 17 septembre 1981.

1. État de la question

À sa réunion de mai 1981, le Conseil a délibéré sur la recommandation que lui soumettait le Comité conjoint des programmes relative au programme de doctorat en océanographie de l'Université du Québec à Rimouski.

Le Conseil avait alors suspendu sa décision sur ce programme et mandaté le président de s'enquérir auprès de l'Université du Québec des dispositions qu'elle entendait prendre relativement à l'élaboration d'un plan de développement de la recherche et à l'engagement de nouveaux professeurs comme au plan de recrutement des étudiants.

L'université a donné suite à la demande du président du Conseil et présenté un rapport sur les questions soulevées par le Conseil.

2. Recommandation

CONSIDÉRANT le projet de nouveau programme de doctorat en océanographie soumis par l'Université du Québec à Rimouski, le protocole d'entente intervenu entre l'UQAR et l'INRS-Océanographie ainsi que les autres représentations qu'a fait valoir l'Université du Québec;

CONSIDÉRANT que, dans son Cahier IV, le Conseil des universités reconnaissait à l'Université du Québec à Rimouski un axe de développement en océanographie et que, si celle-ci entendait développer un enseignement de 3e cycle, «la mise sur pied d'un tel programme devrait de toute évidence se faire en collaboration étroite avec l'INRS»;

CONSIDÉRANT l'importance et l'intérêt accordés par le Québec au développement de l'océanographie et le fait que le programme de doctorat soumis par l'Université du Québec à Rimouski peut s'avérer une contribution majeure au développement de ce secteur jugé prioritaire;

CONSIDÉRANT que l'Université du Québec à Rimouski a procédé, au cours des dernières années, à la consolidation de son programme de maîtrise en océanographie dont la clientèle étudiante se recrute en grande partie à l'extérieur de la région immédiate de l'université;

CONSIDÉRANT le protocole intervenu entre l'Université du Québec à Rimouski et l'INRS-Océanographie pour assurer la collaboration de ces deux établissements dans l'implantation de ce programme;

CONSIDÉRANT le rapport présenté par l'Université du Québec en réponse aux questions soulevées par le Conseil, suite à la recommandation du Comité conjoint des programmes, portant sur:

- la nécessité de délimiter clairement la place de la biologie par rapport aux autres disciplines qu'entend privilégier ce programme;
- le recrutement de ressources profesorales et des étudiants;
- la concertation entre l'UQAR et l'INRS en matière de développement de la recherche.

CONSIDÉRANT, à propos de la concertation de l'UQAR et de l'INRS, que l'université, sans fournir un plan conjoint demandé par le Conseil, a quand même apporté des réponses et des garanties raisonnables.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

- d'approuver l'implantation, à l'Université du Québec à Rimouski, d'un programme de troisième cycle en océanographie conduisant à l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.);

- qu'au terme de sa cinquième année d'existence, ce nouveau programme soit évalué, plus particulièrement sur les éléments énumérés à l'avant-dernier considérant.

Avis n° 81.3

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université de Sherbrooke un nouveau programme de maîtrise en nutrition communautaire

Dépôt légal — 4e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 16 octobre 1981.

1. Description de la situation

Il faut rappeler que le Comité conjoint des programmes a entrepris au cours du printemps dernier l'évaluation d'opportunité du projet de nouveau programme de maîtrise en nutrition communautaire soumis alors par l'Université de Sherbrooke. Compte tenu des commentaires et des réserves formulés tant par les experts consultés relativement à la qualité de ce programme que par ceux appelés à évaluer l'opportunité de la maîtrise en nutrition communautaire, les membres du Comité conjoint des programmes convenaient au mois de mai 1981 de poursuivre l'étude de ce dossier de nouveau programme.

Ainsi, aucune recommandation ne fut acheminée au Conseil des universités. En effet, les membres estimèrent plutôt préférable de consulter à nouveau un ou deux experts en invitant ces derniers à examiner principalement l'aspect communautaire abordé dans le dossier de présentation soumis par l'Université de Sherbrooke.

Au même moment, l'Université de Sherbrooke soumettait au Comité conjoint des programmes un projet de nouveau programme de doctorat en radiobiologie. Une recommandation sur l'opportunité d'implanter ce programme de doctorat fut acheminée au Conseil des universités qui, dans son Avis 80.10 (avril 1981) recommandait au ministre de l'Éducation

> ...de requérir de l'Université de Sherbrooke qu'elle produise, d'ici un an, au Conseil des universités un plan identifiant les réaménagements qu'elle entend effectuer dans ses activités d'enseignement et de recherche du secteur biomédical afin de permettre la viabilité du nouveau programme et son insertion dans ce secteur d'activités de l'Université...

Au cours de l'été 1981, le Comité conjoint des programmes poursuivait l'étude du dossier de programme de maîtrise en nutrition communautaire en consultant un expert sur la dimension communautaire de ce programme. Après six (6) semaines de consultation, l'expert choisi se désista. Un second expert fut alors désigné et fit parvenir son évaluation assez rapidement afin que le Comité conjoint des programmes puisse finaliser l'étude de ce dossier à sa réunion régulière du mois de septembre 1981.

Soulignons que les membres du Comité conjoint des programmes n'ont formulé alors aucune recommandation *sur l'opportunité* d'implanter un programme de maîtrise en nutrition communautaire compte tenu du fait que ce projet de nouveau programme est situé dans le secteur médical qui doit être soumis à un réaménagement à l'invitation du ministre de l'Éducation et compte tenu également des interrogations importantes soulevées par l'expert consulté sur l'aspect communautaire du programme de maîtrise soumis par l'Université de Sherbrooke.

Aussi, après analyse des divers éléments relatifs au dossier de programme de maîtrise en nutrition communautaire, les membres du Conseil des universités, à la séance régulière du mois d'octobre 1981, convenaient de formuler la recommandation qui suit.

2. Recommandation

CONSIDÉRANT la présentation au printemps dernier par l'Université de Sherbrooke d'un projet de nouveau programme de maîtrise en nutrition communautaire.

ATTENDU la suite donnée par le ministre de l'Éducation à l'Avis 80.10 formulé par le Conseil des universités sur le projet de nouveau programme de doctorat en radiobiologie de l'Université de Sherbrooke;

ATTENDU que le projet de nouveau programme de maîtrise en nutrition communautaire s'inscrit dans le secteur médical qui doit faire l'objet d'un réaménagement de la part de l'Université de Sherbrooke; réaménagement qui doit faire l'objet d'un examen par le Conseil des universités;

ATTENDU les réserves sérieuses exprimées par l'expert consulté sur la dimension communautaire du programme soumis par l'Université de Sherbrooke:

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(de surseoir à l'étude du projet de nouveau
(programme de maîtrise en nutrition com-
(munautaire jusqu'au moment où l'Université
(de Sherbrooke fera part au Conseil des uni-
(versités du plan de réaménagement qu'elle
(compte effectuer dans le secteur médical.

Avis n° 81.4

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur les projets soumis par les universités dans le cadre du Fonds de développement pédagogique 1981-1982

Dépôt légal — 4e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 16 octobre 1981.

1. Introduction

Lors de sa 130e séance tenue le 16 octobre 1981, le Conseil des universités procédait à l'étude des recommandations formulées par le Comité conjoint des programmes relativement aux projets soumis par des établissements universitaires dans le cadre des deux volets du Fonds de développement pédagogique. Il s'agit des deux volets suivants:

Premier volet: Les programmes d'enseignement;

Deuxième volet: Les services à la collectivité.

Il est bon de rappeler que le premier volet a pour objectif particulier le développement cohérent des programmes d'enseignement universitaire et qu'il se subdivise en deux types différents correspondant à deux activités distinctes: la création de nouveaux programmes et le réaménagement des programmes existants. Le second volet, pour sa part, a pour objectif spécifique d'appuyer les universités dans la voie de la démocratisation des savoirs et des expertises qu'elles sont seules à détenir en faveur des groupes ou des individus qui ont difficilement accès aux ressources des établissements d'enseignement universitaire.

Il est important de signaler que le deuxième volet du Fonds de développement pédagogique revêt le caractère d'une expérience qui devrait éventuellement permettre à chacune des universités québécoises de mieux se définir en regard de la mission *Services à la collectivité*.

Des quinze (15) projets soumis par les universités, quatre (4) seulement l'ont été à l'intérieur du premier volet et onze (11) à l'intérieur du second volet. Il va sans dire que les membres du Conseil des universités ont été fort étonnés du nombre peu élevé de demandes présentées dans le cadre du premier volet compte tenu du fait que le développement de l'enseignement supérieur devrait emprunter la voie du réaménagement des programmes d'études existants plutôt que celle de la création de nouveaux programmes. C'est là un sujet auquel le Conseil a attaché beaucoup d'importance au cours des dernières années dans de nombreux avis concernant plus particulièrement l'implantation de nouveaux programmes d'études.

Compte tenu des deux expériences antérieures, les membres du Conseil ont jugé pertinent de s'en tenir à la méthodologie d'évaluation utilisée le printemps dernier lors de la deuxième ronde de présentation des demandes.

C'est ainsi que le Comité conjoint des programmes convenait de maintenir la méthodologie et les modalités d'évaluation suivantes:

- Création de deux sous-comités, l'un ayant pour mandat d'évaluer les projets soumis à l'intérieur du premier volet et l'autre, ceux présentés à l'intérieur du second volet;
- Chaque sous-comité identifie tout d'abord les critères sur lesquels reposera son évaluation en s'inspirant des éléments figurant aux points 5.1, 5.2 et 5.3 (cadre d'attribution du Fonds de développement pédagogique) du document figurant en annexe ainsi que des critères utilisés par le Conseil des universités dans les deux avis qu'il a formulés sur cette question;
- Compte tenu des critères clairement identifiés, les deux sous-comités procèdent à l'évaluation des projets en précisant ceux qui peuvent être retenus pour fins de subvention spéciale et ceux qui ne le peuvent pas en indiquant les raisons du refus;
- Chaque sous-comité établit un ordre de priorité parmi les projets qu'il a jugés admissibles et soumet son rapport au Comité conjoint des programmes.

2. Description de la situation

Comme on le mentionnait au paragraphe précédent, quinze (15) projets ont été soumis par les universités à l'intérieur des deux volets du Fonds de développement pédagogique.

Ces quinze (15) projets se répartissent de la façon suivante, quatre (4) projets présentés à l'intérieur du premier volet et onze (11) à l'intérieur du second.

En ce qui concerne les demandes présentées à l'intérieur du premier volet, il faut signaler que le Conseil des universités a convenu de formuler une recommandation pour chacun des projets soumis. Comme le Comité conjoint des programmes doit poursuivre l'étude de la demande présentée par l'École Polytechnique (Création d'une orientation complémentaire en innovation industrielle), le Conseil a donc formulé trois (3) recommandations distinctes relativement aux projets présentés à l'intérieur du premier volet.

En ce qui a trait aux projets soumis dans le second volet, on doit mentionner que deux (2) des onze (11) projets s'inscrivent dans la poursuite d'expériences amorcées depuis deux ans environ. Il s'agit des projets 1 et 2 soumis par l'Université du Québec à Montréal et l'Université de Montréal dans le cadre de l'expérience conjointe tentée par l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke. On se rappellera en effet que lors de la première ronde de présentation des demandes, les trois institutions énumérées ci-dessus avaient soumis conjointement des projets qui avaient pour objectif de mieux spécifier le rôle et l'étendue de la mission *Services à la collectivité*, objectif qui rejoignait alors celui assigné au volet «Services à la collectivité».

3. Avis du Conseil des universités concernant les projets soumis à l'intérieur du volet 1/programme d'enseignement

Les projets énumérés ci-dessous ont été soumis à l'intérieur du premier volet du Fonds de développement pédagogique:

Premier volet: Les programmes d'enseignement

1. Création d'une orientation complémentaire en innovation industrielle, projet soumis par l'École Polytechnique de Montréal; (l'étude de ce projet doit se poursuivre)
2. Colloque sur la nutrition organisé par l'Université Laval au nom de l'Université de Montréal, de l'Université McGill, de l'Université de Sherbrooke et de l'Université du Québec à Montréal;
3. Réaménagement du programme de baccalauréat général, projet soumis par l'Université de Sherbrooke;
4. Réaménagement des programmes de baccalauréat en physiothérapie et en ergothérapie, projet soumis par l'Université McGill.

3.1 Avis du Conseil des universités relatif au projet soumis par l'Université Laval, projet intitulé «Colloque sur la nutrition»

Il faut préciser que ce projet de l'Université Laval a été soumis au nom de l'Université de Montréal, de l'Université McGill, de l'Université de Sherbrooke et de l'Université du Québec à Montréal; c'est-à-dire au nom de toutes les universités québécoises offrant des programmes d'études ou des activités d'enseignement et de recherche dans le domaine de la nutrition.

Recommandation

CONSIDÉRANT la présentation par l'Université Laval d'un projet intitulé «Colloque sur la nutrition»;

CONSIDÉRANT la recommandation 2 formulée par le Conseil des universités dans son Avis sur le rapport du Comité d'étude sur la nutrition; recommandation qui invitait les universités concernées, à tenir annuellement, «pendant la prochaine période quinquennale, sous la responsabilité de l'une ou l'autre d'entre elles, une ou des réunions annuelles *visant à assurer le développement complémentaire de leurs activités d'enseignement et de recherche en nutrition*»;

ATTENDU que le projet soumis par l'Université Laval s'inscrit dans la suite de l'opération mini-sectorielle sur la nutrition et qu'il se conforme à l'objectif mentionné ci-dessus;

NONOBSTANT les interrogations du Comité conjoint des programmes concernant la formule «colloque» et le programme d'activités prévu comme moyens d'atteindre l'objectif de développer de façon cohérente les activités d'enseignement et de recherche dans le domaine de la nutrition:

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(d'approuver le projet soumis par l'Université
(Laval au nom de l'Université de Montréal,

(de l'Université McGill, de l'Université de
(Sherbrooke et de l'Université du Québec à
(Montréal à la condition:
(
(1° que l'Université Laval soumette au Comité
(conjoint des programmes, au terme du
(Colloque sur la nutrition, un rapport faisant
(état des actes de ce colloque en insis-
(tant plus particulièrement sur les résultats
(obtenus en matière de concertation en
(vue d'assurer un développement cohérent
(des activités d'enseignement et de re-
(cherche dans le domaine de la nutrition;
(
(2° que l'Université Laval soumette dans les
(plus brefs délais au Comité conjoint des
(programmes un exemplaire de l'inventaire
(des activités d'enseignement et de
(recherche élaboré par les universités con-
(cernées en vue de donner suite à l'opé-
(ration mini-sectorielle sur la nutrition.

3.2 Avis du Conseil des universités relatif au projet soumis par l'Université de Sherbrooke, projet intitulé «Réaménagement du programme de baccalauréat général»

Recommandation

CONSIDÉRANT la présentation par l'Université de Sherbrooke d'un projet intitulé «Réaménagement du programme de baccalauréat général»;

ATTENDU que le projet de réaménagement de l'Université de Sherbrooke, tant au plan des objectifs et des clientèles visés qu'à celui du contenu des activités, de l'équipe professorale et du rattachement administratif, diffère totalement du programme de baccalauréat général déjà existant dans cette institution;

ATTENDU qu'un réaménagement de programme d'une telle ampleur doit être soumis aux procédures habituelles d'évaluation de qualité et d'opportunité:

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(d'inviter l'Université de Sherbrooke à soumet-
(tre son projet de réaménagement du pro-
(gramme de baccalauréat général aux
(procédures habituelles d'évaluation de
(qualité et d'opportunité qui prévalent dans
(le cas des projets de nouveaux programmes
(soumis par les universités avant que le
(Comité conjoint des programmes ne procède
(à une recommandation de financement spé-
(cial relativement à ce projet.

3.3 Avis du Conseil des universités relatif au projet soumis par l'Université McGill, projet intitulé «Réaménagement des programmes de baccalauréat en physiothérapie et en ergothérapie»

Recommandation

CONSIDÉRANT la présentation par l'Université McGill du projet intitulé «Réaménagement des programmes de baccalauréat en physiothérapie et en ergothérapie»;

ATTENDU que l'objectif du projet de réaménagement soumis par l'Université McGill consiste en une révision de deux programmes d'études afin:

- de mieux situer ces deux programmes par rapport aux programmes similaires offerts au niveau collégial;
- d'augmenter le contenu scientifique des deux programmes en question;
- d'augmenter le nombre de cours communs de ces deux programmes de baccalauréat;

ATTENDU que le projet soumis par l'Université McGill répond à l'objectif général assigné au premier volet du Fonds de développement pédagogique, objectif qui sera atteint dans le cas présent par le biais du réaménagement des ressources professorales ainsi que par le perfectionnement d'un certain nombre de professeurs oeuvrant dans les deux programmes de baccalauréat en question;

ATTENDU que le projet soumis par l'Université McGill donne suite à une recommandation contenue dans le rapport de l'Opération Sciences de la santé;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(d'approuver le projet soumis par l'Université
(McGill, projet intitulé «Réaménagement
(des programmes de baccalauréat en
(physiothérapie et en ergothérapie».

4. Avis du Conseil des universités relatif aux projets soumis par les universités à l'intérieur du second volet du Fonds de développement pédagogique «Services à la collectivité»

Rappelons que onze (11) projets ont été soumis à l'intérieur du second volet du Fonds de développement pédagogique. Deux de ces projets constituent la poursuite d'expériences amorcées depuis deux années environ. Il s'agit des projets intitulés:

Second volet: Les services à la collectivité

1. Formation en santé et sécurité au travail, projet soumis par l'Université du Québec à Montréal dans le cadre du projet conjoint (Université du Québec à Montréal, Université de Montréal, Université de Sherbrooke);
2. Logement et rénovation urbaine, projet soumis par l'Université de Montréal dans le cadre du projet conjoint (Université de Montréal, Université du Québec à Montréal, Université de Sherbrooke).

Les neuf (9) autres demandes transmises par les universités demeurent encore à l'étude et feront sous peu l'objet d'une recommandation de la part du Conseil des universités.

Quant aux projets 1 et 2 soumis par l'Université du Québec à Montréal et l'Université de Montréal, il faut rappeler qu'il s'agit là de projets qui s'inscrivent dans la poursuite de l'expérience conjointe déjà amorcée et pour laquelle le Conseil des universités a recommandé à deux reprises l'octroi d'une subvention.

Il faut également souligner que le Conseil des universités, dans son Avis 80.11 formulé en avril 1981 sur les projets présentés lors de la deuxième ronde, invitait les universités concernées à soumettre un rapport d'étape avant d'acheminer au Comité conjoint des programmes une troisième demande de subvention dans le cadre du second volet «Services à la collectivité». Ce rapport d'étape devait faire état «des résultats obtenus et de la méthodologie d'évaluation utilisée ainsi que des résultats de cette évaluation».

Ce rapport d'étape a été transmis au Conseil des universités et après analyse, les membres ont jugé satisfaisantes les informations fournies par l'Université du Québec à Montréal et l'Université de Montréal.

C'est pourquoi le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(d'approuver les projets 1 et 2 soumis respec-
(tivement par l'Université du Québec à
(Montréal et l'Université de Montréal.

5. Conclusion

Comme suite aux trois opérations qu'a effectuées le Conseil des universités relativement à l'analyse des projets soumis dans le cadre du Fonds de développement pédagogique, il s'avère pertinent de formuler un certain nombre de commentaires généraux qui, loin de tracer un bilan des expériences vécues, donnent à tout le moins un certain nombre d'indications sommaires quant aux orientations qui pourraient être privilégiées dans un avenir plus ou moins rapproché.

En ce qui concerne les projets présentés par les universités à l'intérieur du premier volet du Fonds de développement pédagogique, il faut noter une amélioration sensible tant au plan de la qualité de la présentation qu'à celui de la conformité des demandes avec l'objectif général assigné au volet «Programmes d'enseignement». Ce qu'il faut déplorer, on l'aura facilement constaté, c'est le nombre peu élevé de projets soumis à l'intérieur de ce premier volet. Il est à espérer que des efforts seront tentés afin d'amener les universités à s'orienter davantage dans la voie du développement cohérent des programmes d'enseignement. Reste aux universités à choisir les mesures qu'elles entendent privilégier pour arriver à cette fin.

En ce qui a trait aux projets soumis à l'intérieur du volet «Services à la collectivité», on ne peut véritablement pas formuler les mêmes commentaires. En effet, on aura remarqué le nombre peu élevé de demandes jugées admissibles pour fins de subvention spéciale. Plus concrètement, seules deux (2) demandes ont été, lors de la dernière opération, jugées tout à fait conformes aux critères retenus par le Conseil dans l'évaluation des projets soumis dans le deuxième volet. Encore là, s'agit-il de demandes qui s'inscrivent dans la poursuite d'expériences déjà amorcées dans le cadre du projet conjoint soumis par l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke lors de la première ronde.

On comprendra donc qu'il sera assez difficile d'évaluer comment les expériences tentées permettront de délimiter avec netteté et rigueur le rôle et l'étendue de la mission *Services à la collectivité* dévolus à l'université.

De fait, sans présumer des résultats de l'expérience conjointe actuellement en cours, il nous faut conclure que la réflexion sur la notion même de services à la collectivité est encore peu élaborée. Il faut reconnaître cependant que cette même réflexion est plus poussée dans certaines universités que dans d'autres.

Dans ce contexte le Conseil a formulé un certain nombre de commentaires qui pourraient alimenter la discussion que tiendront les parties concernées lors de la réunion prochaine du comité chargé de revoir les objectifs, les modalités et les critères d'évaluation du Fonds de développement pédagogique.

— Afin que soit assurée la spécificité universitaire des projets soumis à l'intérieur du volet «Services à la collectivité», ceux-ci devront démontrer qu'ils s'appuient sur des activités effectuées dans le cadre des deux autres missions dévolues à l'université ou qu'ils s'inscrivent dans le prolongement des activités d'enseignement et de recherche. Il va de soi que ces projets devront faire la preuve qu'ils seront effectués dans le respect des missions confiées aux autres niveaux d'enseignement.

— Les projets devront indiquer clairement, tout comme ceux développés dans le cadre des deux missions traditionnelles, qu'ils ont fait l'objet d'une concertation et d'une approbation institutionnelle et qu'ils s'insèrent dans une stratégie d'implantation de la mission «Services à la collectivité» au sein de l'établissement concerné.

Ces deux commentaires reprennent en substance ceux contenus dans l'Avis 80.11 du Conseil des universités (avril 1981) sur les projets soumis lors de la deuxième ronde de présentation.

Par ailleurs le Conseil juge très important d'inviter les universités à ne pas se substituer à d'autres organismes du milieu qui possèdent déjà des ressources nécessaires à la réalisation du projet.

Ainsi, quand ce projet résulte de l'initiative d'un organisme externe, sa gestion devrait être assumée par ce même organisme. Dans un cas semblable, la contribution de l'université pourrait être minime et prendre par exemple la forme d'un dégagement d'un professeur.

Dans le cas où le projet est de l'entière responsabilité de l'université, cette dernière devrait faire état dans sa demande du degré de participation des organismes externes appelés à collaborer à sa réalisation. Un organisme pourrait alors financer une partie du projet, participer à l'élaboration du contenu des activités ou fournir une partie des ressources humaines ou physiques nécessaires.

Dans tous les cas cependant il importe de clairement faire ressortir l'implication des universités et des organismes externes au niveau de la conception et de la réalisation du projet.

Annexe

Orientations et modalités d'allocation du Fonds de développement pédagogique pour les années 1980/1981 — 1981/1982

Québec, le 25 novembre 1980

Table des matières

Page

1. **Note historique** 91

2. **Introduction** 92

3. **Les objectifs généraux** 93

4. **Objectifs particuliers de chacun des volets** 93

   4.1 Le volet — Programme d'enseignement 93

   4.1.1 La création de nouveaux programmes 93

   4.1.2 Le réaménagement de programmes déjà existants 93

   4.2 Le volet — Services à la collectivité 94

5. **Cadre d'attribution du Fonds de développement pédagogique** 94

   5.1 Cadre général de l'étude des projets 94

   5.2 Cadre particulier pour l'étude des projets soumis à l'intérieur du volet Programmes d'enseignement 95

   5.3 Cadre particulier pour l'étude des projets soumis à l'intérieur du volet Services à la collectivité 95

6. **Modalités d'évaluation des projets** 95

7. **Échéancier des opérations pour les années 1980-1981/1981-1982** 96

1. Note historique

Le 20 septembre 1979, le Conseil des universités adoptait le document intitulé «*Orientations et modalités d'allocation du Fonds de développement pédagogique*».

En vue d'atteindre les objectifs assignés à ce programme, le Conseil avait alors jugé nécessaire d'identifier quatre volets pour lesquels l'utilisation des argents affectés à ce Fonds pourrait s'avérer un instrument utile à l'évolution de la vie pédagogique du réseau universitaire. Ainsi, les universités pouvaient-elles soumettre des demandes à l'intérieur des quatre volets suivants:

- Nouveaux programmes et modifications de programmes
- Programmes visant à créer des pôles d'excellence
- Projets de services à la collectivité
- Innovation pédagogique.

À la mi-novembre 1979, les universités soumettaient au Comité conjoint des programmes trente-huit (38) projets dans le cadre des trois premiers volets seulement puisque les modalités d'application du quatrième volet n'avaient pas encore été définies. On prévoyait alors que les demandes se situant à l'intérieur du volet «Innovation pédagogique» pourraient être présentées par les universités à compter de l'automne 1980.

Le 14 février 1980, dans son Avis no 79.8 au ministre de l'Éducation concernant les projets présentés par les universités dans le cadre des trois premiers volets, le Conseil des universités recommandait au ministre de l'Éducation de ne retenir parmi les trente-huit (38) projets soumis que cinq (5) projets, soit deux (2) présentés à l'intérieur du premier volet et trois (3) à l'intérieur du troisième.

Le Conseil des universités recommandait également au ministre que les argents non utilisés en 1979-1980 soient reportés au Fonds de développement pédagogique en 1980-1981, proposition qui fut retenue par le ministère de l'Éducation.

Au mois de mars 1980, les chefs d'établissement informèrent le ministre de l'Éducation qu'ils étaient d'accord avec le principe du Fonds de développement pédagogique et également avec le maintien de ce programme. Toutefois, ils exprimèrent un certain nombre de critiques au plan des orientations, des objectifs, des modalités de mise en application du Fonds de développement pédagogique et demandèrent en outre que les argents non utilisés en 1979-1980 soient redistribués aux universités.

Face aux problèmes soulevés par les universités, le ministre de l'Éducation demandait au Conseil des universités de lui formuler un avis sur ces questions, demande à laquelle le Conseil répondait par l'avis suivant:

> «*Le Conseil des universités est heureux de constater que la Conférence des recteurs est fondamentalement d'accord avec le principe du Fonds de développement pédagogique et est également d'accord avec son maintien. Nous croyons toutefois qu'il est possible d'attribuer ce Fonds pour l'année 1980-1981. Le Conseil des universités a d'ailleurs déjà commencé à réexaminer avec le ministère et la Conférence des recteurs les différentes modalités d'allocation des ressources prévues au Fonds de développement pédagogique. Nous ne croyons pas qu'il faille retarder le Fonds d'un an et de peut-être deux pour ce faire. Il suffira de déplacer l'échéancier et nous croyons qu'il est réaliste de penser que les projets puissent être déposés en septembre pour financement en 1980-1981.*
>
> *Le Conseil des universités ne juge pas non plus pertinent de retenir la suggestion de la Conférence des recteurs quant à la redistribution des sommes contenues dans le Fonds de développement pédagogique. Nous réitérons notre recommandation contenue dans l'avis 79.9 sur le financement du réseau universitaire, avis dans lequel nous recommandions qu'un montant de 1 250 000 $ soit réservé au Fonds de développement pédagogique pour l'année 1980-1981*».

Depuis lors, des représentants du ministère de l'Éducation, de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec et du Conseil des universités se sont réunis à quelques reprises afin de discuter des objectifs et des modalités de mise en application que pourrait contenir le Fonds de développement pédagogique.

Le présent document constitue donc le résultat de la concertation intervenue entre les trois parties concernées par le *Fonds de développement pédagogique* qui ont convenu de réexaminer dans deux ans, s'il y a lieu, les orientations, les objectifs et les modalités sur lesquels elles se sont entendues.

2. Introduction

Parmi les facteurs historiques qui ont marqué au Québec l'évolution du réseau universitaire et de chacun de ses établissements, l'un des plus importants a été celui de la croissance de la clientèle universitaire. En effet, cette dernière, entre 1969 et 1980, passait de 62 510 à 131 535 étudiants équivalents temps complet, ce qui représente une augmentation de 110%.

Pour répondre aux besoins de ces clientèles, le système des établissements universitaires prenait une expansion significative par la création du réseau de l'Université du Québec et la création de l'Université Concordia. Durant cette période (1969-1980) les universités offrirent environ 185 nouveaux programmes de grade ainsi qu'un nombre important de programmes courts (environ 220 certificats) répondant surtout aux besoins des clientèles adultes. Tous les programmes de grade devraient faire l'objet d'une approbation de la part du Comité conjoint des programmes. Cet organisme conjoint du Conseil des universités et de la Direction générale de l'enseignement supérieur, devait assurer un développement cohérent de l'enseignement à l'échelle du réseau.

Cette croissance de la clientèle s'est accompagnée d'une augmentation des ressources financières consenties par l'État au développement de l'enseignement supérieur. En effet, le budget de fonctionnement est passé en 10 ans de 121 400 000 $ (1969) à 757 400 000 $ (1979-1980).

Les années 80, à moins de changements radicaux, différeront grandement de la dernière décennie. En effet, même si les clientèles croissent encore, on prévoit un plafonnement de celles-ci. De plus, on peut déjà se rendre compte que l'État consentira moins de ressources financières aux clientèles nouvelles.

La conjugaison de ces deux facteurs ajoutée au déploiement déjà considérable de la programmation actuelle exige que l'on envisage non seulement de mettre un frein au développement d'activités nouvelles mais encore que l'on effectue un réaménagement des activités déjà existantes.

Cette situation impose aux établissements universitaires et à l'État des choix importants qu'une période de croissance n'exigeait pas.

S'il convient d'éviter de poser des gestes radicaux qui risqueraient de diminuer la qualité des activités d'enseignement et de recherche et qui, partant, mineraient la crédibilité des établissements du réseau, il n'en demeure pas moins que des choix doivent être faits et que ceux-ci doivent favoriser la qualité des services offerts par les universités.

Aussi, importe-t-il de veiller à ce que ces choix, justifiés en fonction des besoins socio-économiques et culturels de la société, soient confirmés par des évaluations externes qui en garantissent et la pertinence et la qualité. La détermination des besoins et l'évaluation des réponses qu'on leur apporte relèvent à la fois de l'université et des organismes à qui l'État a confié une mission précise quant à l'évaluation de la pertinence et de la qualité des services qui sont offerts.

On atteindra sans doute mieux ces objectifs si les mécanismes existants sont mieux utilisés pour parvenir à une meilleure complémentarité des actions entreprises et assurer une information nécessaire entre les différents partenaires du réseau.

L'ensemble des considérations qui précèdent ont amené le Conseil des universités, dans son Avis au ministre de l'Éducation sur le financement du réseau universitaire 1979-1980, à recommander que soit favorisé:

> *«Le financement des efforts de planification des ressources par le développement, la réorientation ou la concertation d'activités d'enseignement et de recherche dans les universités, tel qu'il avait été prévu dans le document sur les stratégies triennales 1978-1981. Ceci touche les sommes réservées pour la création de nouveaux programmes, mais vise aussi à servir de moyens pour inciter les universités à envisager la rationalisation et la concertation de leurs*

ressources dans des secteurs jugés prioritaires. Le Conseil estime à 1,5 million $ la somme nécessaire à cette fin et considère qu'elle devrait provenir d'un réaménagement de l'enveloppe existante» (p. 24 — Avis no 78.5).

Dans les règles budgétaires 1979-1980, le ministère de l'Éducation, à la rubrique «Développement pédagogique, donnait suite à la recommandation du Conseil et attribuait une somme de 1 250 000 $ pour l'exercice 1979-1980 du Fonds de développement pédagogique. Ces crédits ont été portés à 1 300 000 $ pour l'exercice 1980-1981.

3. Les objectifs généraux

Afin de maintenir et d'augmenter la qualité de l'enseignement universitaire québéccois, le Fonds de développement pédagogique visera les deux objectifs généraux suivants:

- Une plus grande cohérence dans le développement des activités d'enseignement universitaire.
- Une meilleure utilisation des ressources humaines et physiques dont disposent les universités.

Il va de soi que ces objectifs généraux pourront être atteints de façon différente et avec des modalités qui respectent le plus possible l'évolution de chacun des établissements du réseau universitaire québécois. C'est là ce qui explique en grande partie l'identification de deux volets à l'intérieur desquels les universités pourraient soumettre des projets susceptibles d'être retenus pour fins de subvention spéciale. Ces deux volets* sont les suivants:

- Les programmes d'enseignement universitaire
- Les services à la collectivité.

Afin de mieux tenir compte de la réalité entourant les programmes d'enseignement universitaire, il est apparu important de subdiviser le premier volet du Fonds de développement pédagogique en deux types qui correspondent à des activités fort différentes, soit la création de nouveaux programmes, soit le remaniement de programmes d'études déjà existants.

* Pour les deux prochaines années, aucun projet ne sera reçu dans le cadre du 4e volet figurant dans le document adopté par le Conseil des universités en septembre 1979, soit le volet «INNOVATION PÉDAGOGIQUE».

4. Objectifs particuliers de chacun des volets

4.1 Le volet — Programmes d'enseignement

Ce premier volet du Fonds de développement pédagogique a pour objectif particulier, comme son titre l'indique, le développement rationnel des programmes d'enseignement universitaire. C'est bien sûr dans une perspective institutionnelle que doit s'amorcer le développement cohérent des activités d'enseignement, mais on reconnaîtra que la dimension interinstitutionnelle ne peut être ignorée en pareil cas compte tenu du fait que l'on désire, par ce programme, maintenir et augmenter la qualité de l'enseignement universitaire québécois par une meilleure utilisation des ressources humaines et physiques.

Comme on le mentionnait au paragraphe 3, il est apparu important de subdiviser ce premier volet en deux types différents qui correspondent à deux activités distinctes.

4.1.1 La création de nouveaux programmes

Ce premier type a pour objectif spécifique de favoriser la cohérence dans le développement des programmes d'enseignement universitaire par un financement spécial des programmes jugés prioritaires s'ils correspondent aux objectifs généraux assignés au Fonds de développement pédagogique.

La poursuite des objectifs généraux assignés au Fonds de développement pédagogique requerra dans un certain nombre de cas que deux ou plusieurs institutions fassent appel à des actions conjointes.

4.1.2 Le réaménagement de programmes déjà existants

Compte tenu du déploiement de la programmation actuelle, le développement cohérent de l'enseignement universitaire québécois se fera principalement par le réaménagement des programmes déjà existants qui devrait favoriser une meilleure utilisation des ressources humaines et physiques et par delà, assurer une plus grande qualité des activités d'enseignement universitaire.

Ainsi, au chapitre du réaménagement, une institution donnée pourra-t-elle être amenée par exemple à:

- abolir des programmes existants?
- regrouper des programmes existants?
- modifier fondamentalement des programmes existants?
- créer de nouvelles concentrations à l'intérieur des programmes existants?

Comme de telles actions peuvent entraîner une conversion des ressources humaines et physiques, il paraît pertinent d'octroyer certains argents à une université dont les opérations s'inscriront dans le cadre qui vient d'être décrit.

Une meilleure utilisation des ressources pourra requérir que deux ou plusieurs institutions se regroupent afin de mener des actions complémentaires dans un domaine donné. Ce regroupement pourra donner lieu aux actions suivantes:

- créer une concentration où les ressources humaines d'une université pourraient s'unir à celles oeuvrant dans un programme déjà existant dans une autre université et dont les préoccupations sont analogues;
- se répartir un certain nombre de concentrations d'un programme déjà existant;
- permettre aux ressources professorales oeuvrant dans une université de participer aux enseignements ou à d'autres activités dans un programme existant dans une autre université;
- collaborer d'une façon ou d'une autre à la mise en place de mécanismes qui permettront d'atteindre une meilleure qualité des activités dans un secteur ou un champ d'études particulier.

Évidemment, c'est surtout au niveau des 2e et 3e cycles que de telles actions seront entreprises.

4.2 Le volet — Services à la collectivité

Ce deuxième volet du Fonds de développement pédagogique a pour objectif spécifique d'appuyer les universités dans la voie de la démocratisation des savoirs et des expertises qu'elles sont seules à détenir en faveur des groupes ou des individus qui ont difficilement accès aux ressources des établissements d'enseignement universitaire.

Cet objectif du deuxième volet n'englobe pas toutes les activités qui peuvent être offertes à l'intérieur de la mission «Services à la collectivité» dévolue à l'université. Cependant, dans le cadre du Fonds de développement pédagogique, il est apparu qu'un volet favorisant un certain type d'intervention auprès de clientèles non traditionnelles de l'université permettrait de mieux situer le rôle et l'étendue de l'action des établissements universitaires dans le domaine des «Services à la collectivité».

Cet objectif de démocratisation sera favorisé par l'implantation d'actions limitées et mesurées qui constitueront autant d'expériences qui, soumises à une évaluation rigoureuse, permettront à chacune des universités de mieux se définir en regard de la mission Services à la collectivité, et plus particulièrement:

- de se doter d'une stratégie d'implantation de la mission Services à la collectivité
- d'identifier les secteurs d'intervention qu'elles entendent privilégier
- de déterminer les critères d'évaluation de la pertinence et de la qualité de ces expériences.

Il va de soi que les actions entreprises par les divers établissements du réseau à l'intérieur de ce volet devront tenir compte du rôle et de l'expérience déjà acquise par d'autres agents éducatifs, culturels et socio-économiques dans ce domaine et ne pas se substituer à ceux-ci. Il pourra également se produire qu'une université soit appelée à remplir de façon exceptionnelle un rôle de suppléance dans une région où les préoccupations des organismes existants sont très peu orientées vers les services à la collectivité.

Par ailleurs, un établissement universitaire pourra occasionnellement jouer un rôle de support ou de maître d'oeuvre dans une expérience donnée.

Il est entendu que deux ou plusieurs institutions pourront présenter conjointement des projets à l'intérieur de ce second volet.

5. Cadre d'attribution du Fonds de développement pédagogique

5.1 Cadre général de l'étude des projets

— Toutes les demandes doivent émaner de l'établissement après avoir fait l'objet d'une approbation institutionnelle et être transmises par la direction de l'université.

— Chaque demande doit être adressée au président du Comité conjoint des programmes du Conseil des universités et de la Direction générale de l'enseignement supérieur.

— Toute demande doit être présentée sous forme d'un dossier spécifique.

— Le Conseil des universités émettra un avis ou un rapport au ministre de l'Éducation recommandant de financer ou non de façon particulière chacun des projets.

— Dans tous les cas, les subventions dans le cadre de ce programme seront accordées pour une période ne dépassant pas trois années.

5.2 Cadre particulier pour l'étude des projets soumis à l'intérieur du volet Programmes d'enseignement

Les projets soumis par les universités à l'intérieur du type «nouveaux programmes» seront évalués selon les procédures actuellement en vigueur.

Les dossiers présentés à l'intérieur du type réaménagement de programmes déjà existants devront faire état des éléments suivants:

— des objectifs de rationalisation poursuivis compte tenu des priorités de développement de l'institution et de l'ensemble du réseau, des ressources disponibles;

— de l'adéquation des objectifs poursuivis avec l'objectif général de la cohérence dans le développement des activités d'enseignement universitaire;

— des moyens mis en oeuvre pour atteindre les objectifs, tels le regroupement de programmes existants, la création ou la fermeture d'options ou de concentrations, les modalités de collaboration ou d'actions conjointes;

— de l'adéquation entre les moyens utilisés et l'objectif général de cohérence dans le développement des activités d'enseignement universitaire;

— des conséquences de la réalisation du projet sur les ressources existantes: personnel touché, ressources physiques et nouvelles ressources requises, le cas échéant, et impact sur une meilleure utilisation des ressources humaines et physiques;

— des besoins particuliers de financement, pour la réalisation du projet, établis par année.

5.3 Cadre particulier pour l'étude des projets soumis à l'intérieur du volet Services à la collectivité

Chaque dossier soumis à l'intérieur du deuxième volet du Fonds de développement pédagogique devra faire état des éléments suivants:

— des objectifs poursuivis eu égard à l'objectif de ce volet qui vise à assurer une meilleure définition institutionnelle de la mission Services à la collectivité;

— des clientèles visées et de la démarche envisagée compte tenu du caractère expérimental relié à l'objectif spécifique du 2e volet;

— des instruments qui serviront à l'évaluation du projet au cours de sa réalisation et une fois celle-ci complétée;

— des ressources impliquées dans la réalisation du projet;

— des besoins particuliers de financement établis par année;

— de la contribution apportée par des organismes externes à la réalisation du projet.

6. Modalités d'évaluation des projets

Les projets soumis par les universités à l'intérieur des deux volets du Fonds de développement pédagogique seront évalués selon leur cohérence interne et en regard des éléments énumérés aux points 5.2 et 5.3.

7. Échéancier des opérations pour les années 1980-1981/1981-1982

Volets	81 Février	81 Mai	81 Juin	81 Décembre
Les programmes d'enseignement	Transmission au Comité conjoint des programmes des demandes pour 80-81	Avis du Conseil des universités, sur les projets soumis par les universités 80-81	Transmission au Comité conjoint des programmes des demandes pour 81-82	Avis du Conseil des universités sur les projets soumis par les universités pour 81-82
Services à la collectivité	Transmission au Comité conjoint des programmes des demandes pour 80-81	Avis du Conseil des universités sur les projets soumis par les universités pour 80-81	Transmission au Comité conjoint des programmes des demandes pour 81-82	Avis du Conseil des universités sur les projets soumis par les universités pour 81-82

Avis n° 81.5

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université du Québec à Hull un programme de baccalauréat en physiothérapie

Dépôt légal — • trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 10 décembre 1981

1. Identification du programme

1.1 Nom du programme

Baccalauréat en physiothérapie

1.2 Appellation du grade

Bachelier ès sciences

1.3 Abréviation du grade

B. Sc.

1.4 Nom de l'établissement

Université du Québec à Hull

2. Description de la situation

Lors de sa dernière séance tenue le 10 décembre 1981, le Conseil des universités examinait la recommandation du Comité conjoint des programmes relative à l'opportunité d'implanter dans le réseau universitaire québécois un programme de baccalauréat en physiothérapie soumis par l'Université du Québec à Hull et convenait de formuler la recommandation que l'on trouvera décrite au paragraphe 3 du présent texte.

Il est nécessaire de rappeler que ce projet de nouveau programme de l'Université du Québec à Hull a connu une évolution assez particulière. En effet, un premier dossier de présentation de programme était soumis à l'automne 1979 au Comité conjoint des programmes qui l'achemina aussitôt, comme c'est le cas pour tous les projets de nouveaux programmes d'études, aux experts et organismes concernés afin d'évaluer l'opportunité d'implanter dans le réseau universitaire québécois un nouveau programme de baccalauréat en physiothérapie.

En janvier 1980, juste avant que le Comité conjoint des programmes ne formule son jugement définitif sur l'opportunité d'implanter le programme soumis par l'Université du Québec à Hull, l'Université du Québec demandait que l'étude de ce dossier soit suspendue. On invoquait alors le fait que le dossier de programme de baccalauréat en physiothérapie devait subir des transformations majeures afin de tenir compte plus particulièrement des remarques formulées par la Corporation professionnelle des physiothérapeutes consultée par l'Université du Québec relativement à la qualité du programme.

À la fin du printemps 1980, l'Université du Québec soumettait au Comité conjoint des programmes une version révisée du projet de nouveau programme de baccalauréat en physiothérapie.

À sa séance régulière du mois de juin 1980, le Comité conjoint des programmes, après avoir pris connaissance du dossier révisé et l'ayant comparé au dossier de présentation original, convenait d'acheminer cette nouvelle version aux mêmes experts et organismes consultés à l'automne 1979. En effet, les modifications apportées par l'Université du Québec à Hull exigeait qu'une telle démarche soit entreprise.

À la fin de l'automne 1980, tous les experts et organismes consultés faisaient connaître leur avis sur le projet révisé de baccalauréat en physiothérapie.

À sa séance du mois de février 1981, c'est-à-dire la séance au cours de laquelle le Comité conjoint des programmes formule ses recommandations sur tous les projets de nouveaux programmes qui lui ont été transmis l'automne précédent, il était convenu de ne formuler aucune recommandation sur l'opportunité d'implanter à l'Université du Québec à Hull un programme de baccalauréat en physiothérapie. En effet, compte tenu des interrogations soulevées par les experts, interrogations pouvant avoir des incidences immédiates sur l'opportunité d'implanter un nouveau programme de physiothérapie dans le réseau universitaire québécois, il fut décidé de consulter pour une troisième fois le ministère des Affaires sociales sur un certain nombre de questions particulières.

Au mois de mars 1981, dans une lettre adressée au sous-ministre des Affaires sociales, le président du Comité conjoint des programmes faisait mention des

questions auxquelles le comité désirait obtenir des réponses assez précises.

Ces questions étaient formulées comme suit:

- Quel est le partage des responsabilités confiées à un technicien en réadaptation, diplômé de cégep, et celles confiées à un physiothérapeute? Les conséquences à plus ou moins long terme d'un tel partage en regard du marché du travail?
- S'il est pertinent, dans le contexte actuel de développement rationnel de l'enseignement supérieur, d'implanter au Québec un nouveau programme de baccalauréat en physiothérapie, quelles sont les raisons militant en faveur de l'implantation d'un tel programme dans la région de Hull plutôt que dans une autre région périphérique du Québec?
- Si ce nouveau programme répond à des besoins urgents, pourquoi alors le ministère des Affaires sociales propose-t-il de limiter à quinze (15) étudiants par année le nombre d'inscriptions?
- Comme les effectifs étudiants constituent un critère important dans l'évaluation d'opportunité des nouveaux programmes et que l'on considère habituellement qu'une inscription de trente (30) étudiants par année représente une masse critique minimale assurant et la qualité et la viabilité d'un programme, ne serait-il pas plus économique dans la période actuelle de restrictions budgétaires de former quinze (15) étudiants dans d'autres programmes de baccalauréat en physiothérapie déjà existants au Québec?
- Les ressources hospitalières existant dans la région de Hull sont-elles réellement suffisantes et adéquates pour assurer une formation de qualité?
- L'aspect bio-psycho-social privilégié par le programme du Centre d'études universitaires dans l'Ouest québécois est-il pertinent à la formation d'un physiothérapeute?
- Quelle est la politique du ministère des Affaires sociales à court et à long termes relativement à l'engagement de physiothérapeutes?

Ce n'est qu'au mois d'octobre 1981 que le ministère des Affaires sociales fit connaître sa réponse aux questions soulevées par le Comité conjoint des programmes.

Après avoir examiné l'ensemble du dossier, les membres du Conseil des universités convenaient le 10 décembre 1981 de formuler la recommandation qui suit.

3. Recommandation

ATTENDU la présentation par l'Université du Québec à Hull d'un projet de nouveau programme de baccalauréat en physiothérapie;

CONSIDÉRANT que, selon les experts consultés, les programmes actuels de baccalauréat en physiothérapie répondent aux besoins du Québec en ce domaine;

NONOBSTANT le fait qu'il existe, selon l'opération sciences de la santé, des besoins de spécialistes en physiothérapie dans la région desservie par l'Université du Québec à Hull;

CONSIDÉRANT que les mesures actuellement prises par le ministère des Affaires sociales en vue d'assurer une meilleure répartition des spécialistes en physiothérapie à l'échelle de la province sont susceptibles de combler les besoins de la région de Hull en ce domaine;

CONSIDÉRANT que l'implantation au Québec d'un nouveau programme de baccalauréat en physiothérapie aurait pour effet immédiat de sursaturer le marché en ce domaine;

CONSIDÉRANT l'imprécision relative à la spécificité des tâches que peuvent accomplir un diplômé de cégep formé en techniques de réadaptation et un bachelier en physiothérapie;

CONSIDÉRANT que, selon les experts consultés, la formation en physiothérapie détenue par l'équipe professorale en place est largement insuffisante; ce qui met en cause la qualité et la viabilité du programme lui-même;

CONSIDÉRANT les faibles assises venant appuyer l'implantation à l'Université du Québec à Hull d'un programme de baccalauréat en physiothérapie;

NONOBSTANT l'avis de qualité favorable transmis par l'Université du Québec;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(de ne pas autoriser l'implantation à l'Université
(du Québec à Hull d'un programme de bacca-
(lauréat en physiothérapie.

Avis n° 81.6

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur les programmes de spécialisation médicale

Dépôt légal — 1er trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 22 janvier 1982

Introduction

Dans un avis en date de janvier 1978, relatif aux programmes d'études en sciences de la santé,[1] le Conseil des universités requérait du ministre de l'Éducation l'autorisation d'entreprendre une étude de rationalisation des programmes de spécialités en médecine présentement dispensés au sein du réseau universitaire.

Sa demande ayant été agréée, le Conseil mettait sur pied, en début de 1979, un comité mandaté pour «proposer les moyens de rationaliser la formation des spécialistes en médecine à partir de l'analyse de la situation actuelle de la formation, compte tenu des besoins identifiés et des politiques nouvelles adoptées en matière de postes de résidence».

Ce comité d'étude, actif durant dix-huit mois, a déposé son rapport au Conseil à l'automne 1980. Au terme d'une large consultation conduite auprès des établissements et organismes intéressés et après discussion du document lors de deux de ses séances régulières, le Conseil a l'honneur d'adresser au ministre de l'Éducation un avis sur les programmes de spécialisation médicale, suivi du rapport du comité d'étude sur le même sujet.

1. La formation universitaire dans les programmes de spécialités médicales

Il y a maintenant plus de dix ans que les programmes de résidence en médecine ont été placés sous l'autorité des universités. Encore que cette décision administrative ait pu se solder par maints changements positifs au plan de l'organisation et du financement des programmes de formation considérés, il n'apparaît pas qu'elle ait donné à ce jour tous les fruits qui en étaient escomptés. C'est en tout cas la première conclusion qu'il faut tirer du rapport du comité d'étude.

Il convient de signaler que déjà, dans des avis de 1976 et de 1978, le Conseil, faisant écho aux constatations posées par différents organismes d'évaluation[2] et à des recommandations formulées dans le cadre de ses propres avis plusieurs années auparavant,[3] invitait de façon pressante les universités à «exercer un contrôle plus strict sur les enseignements de spécialisations en médecine, notamment en ce qui a trait à l'approbation et à l'évaluation des programmes, à la description officielle de ceux-ci, à l'attribution d'un diplôme à la fin des études, aux problèmes de définition de tâches et de rémunération des enseignants».[4]

Le rapport du présent comité reprend grosso modo les mêmes recommandations mais d'une façon beaucoup plus étayée et spécifique. Ainsi, en se fondant sur une liste très ample de critères d'appréciation de la valeur pédagogique des programmes,[5] après avoir dûment passé en revue l'ensemble des programmes, le comité d'étude adresse une série de recommandations particulières à chacune des quatre universités intéressées, ayant trait à l'un ou l'autre des 115 programmes concernés, en vue de corriger les lacunes constatées au sein de ceux-ci i.e. de la formulation des objectifs jusqu'aux modalités d'évaluation des étudiants, en passant par les critères d'admission, l'organisation des stages, les modes de promotion, etc.

Chaque université se voit donc invitée, une nouvelle fois, à réaliser ou à poursuivre l'intégration des programmes de spécialisation médicale au sein de ses structures normales de formation; elle peut cependant compter cette fois-ci sur des indications beaucoup plus précises et plus spécifiques que ce n'avait été le cas auparavant. Le Conseil croit que les don-

(1) Avis no 77.10.

(2) Entre autres, le comité de l'Opération Sciences de la santé, responsable de l'étude des programmes d'internat et de résidence. Voir Dossier OSS no 5, juillet 1974, et aussi le rapport du comité des études médicales de la Corporation professionnelle des médecins, en date d'avril 1976.

(3) Avis en date du 12 octobre 1971 *sur les programmes d'internat et de résidence*, avis du 8 juillet 1974 *sur le financement du programme internes et résidents*.

(4) Avis no 77.10, p. 16.

(5) Chapitre 3 du rapport du comité d'étude.

nées fort pertinentes réunies dans le rapport pourront aider éventuellement à clarifier les bases du dialogue entre les divers agents impliqués dans le développement des programmes concernés et que ces données représenteront un guide fort utile aux fins du suivi des démarches posées par les universités en vue de corriger les lacunes identifiées et d'affermir le fonctionnement de leurs programmes.

Le président du comité d'étude, à la suite des réactions au rapport de son comité, écrivait au Conseil que le comité avait «été tenté de soulever que l'incapacité, presque universelle, devant laquelle se retrouvent les programmes (de spécialité médicale) de remplir les critères cités, a considérablement diminué la possibilité qu'il y ait au Québec des programmes d'un niveau tel que l'on ne puisse ni les retrancher, ni les modifier, à cause même de leur excellence». Une telle observation provenant de personnes hautement qualifiées est très significative. Elle rejoint bien les préoccupations du Conseil. Aussi faut-il souhaiter que les universités fassent diligence dans la prise en charge totale de ces programmes et dans la correction des lacunes identifiées.

2. La rationalisation des programmes de spécialités médicales

Plus que les recommandations voulant promouvoir l'intégration et une meilleure gestion académique des programmes, ce sont les propositions du comité concernant la rationalisation des ressources dévolues au secteur des spécialités médicales qui ont suscité chez les intéressés le plus de commentaires et d'interrogations. Pareilles réactions n'ont rien en soi pour étonner, surtout si l'on considère le fait que le travail de rationalisation du comité, par l'ampleur du domaine qu'il touche — 115 programmes dispensés par quatre universités dans 32 spécialités différentes — autant que par sa portée, représente une des opérations les plus importantes en son genre réalisée au sein de l'enseignement supérieur québécois.

Sur un problème de dispersion des activités et des ressources dont plusieurs rapports avaient déjà relevé l'acuité, le comité pose un diagnostic bien documenté et y va de recommandations d'ensemble suffisamment réalistes et prudentes pour emporter l'adhésion. Le Conseil, en cela, ne partage donc pas le point de vue de plusieurs répondants à la consultation qui ont cru devoir contester la valeur méthodologique et la sagesse des jugements du comité.

Loin d'avoir été déraisonnable, le comité, dans son analyse et dans ses conclusions, paraît avoir fait preuve de circonspection. Certes il eut été désirable que, pour mieux asseoir ses propositions de rationalisation, le comité applique aussi les critères de besoins et de coûts de formation; il s'en est surtout tenu à des critères mesurant la valeur pédagogique des programmes selon un nombre restreint d'indices dont celui de la masse critique des ressources. Mais on ne saurait tenir rigueur au comité des limites qu'il a dû imposer à sa démarche étant donné l'ampleur de son mandat et le fait que certaines tâches lui ont été rendues impossibles par défaut de collaboration de certaines universités.

Et il faut bien dire que le comité s'est efforcé de pallier aux difficultés rencontrées de plusieurs façons:

1° d'abord en s'appuyant sur un petit nombre d'indices éprouvés comme
   - le taux de fréquentation des programmes;
   - la relation de ces programmes de spécialités aux autres programmes;
   - le nombre nécessaire de résidents pour maintenir les effectifs professionnels actuels;
   - les résultats aux examens de certification;

   qu'il a appliqués avec grande prudence, en ne retenant que les cas extrêmes i.e. les programmes à peu près improductifs;

2° ensuite en y allant de solutions nuancées et au total assez conservatrices comme
   - la mise en veilleuse de dix-sept programmes de spécialités sur cent quinze, ces dix-sept ne regroupant que 1% de la clientèle étudiante[1] durant la période 1975-1980;
   - la réalisation immédiate de l'association de deux programmes dans 4 cas où des conditions favorables existent déjà;
   - la conversion de 13 programmes de formation complète en programmes de formation partielle à la condition que soit réalisée une association avec un autre programme ou, à défaut, la mise en veilleuse de ces programmes qui n'accueillent au total que 2,9% des résidents.

Globalement, ces trois types de recommandations visent 38 programmes qui n'accueillent en tout que

(1) Les étudiants étrangers inscrits dans les programmes de résidence sont exclus dans les calculs des pourcentages.

5,9% de la clientèle. D'ailleurs, dans ces programmes, les postes agréés de résident ne sont occupés qu'à 26,9% (16% dans le cas des programmes dont la radiation est proposée). En outre, dans tous les cas où des mises en veilleuse sont proposées, ou même seulement envisagées si des associations n'étaient pas possibles, les capacités actuelles d'accueil des autres programmes de la même spécialité sont à peu près suffisantes pour subvenir aux besoins de la clientèle (la radiothérapie constituant un cas particulier). Si l'on ajoute à ceci que le comité a pris soin d'éviter que ses recommandations ne causent de profondes perturbations de l'enseignement prédoctoral, on comprendra que le Conseil trouve non fondées les allégations de ceux qui prétendent que la mise en application du rapport serait susceptible de désorganiser le système d'enseignement médical. Bien au contraire, le comité a adopté une démarche empreinte de prudence, évitant d'intervenir sauf là où il pouvait constater l'existence de problèmes patents et les solutions qu'ils proposent devraient plutôt permettre l'émergence de programmes plus solides et de meilleure qualité.

Des critiques adressées par certaines universités ou certains universitaires à l'endroit du rapport, il en est que le Conseil croit non avenues: ainsi lorsque l'on s'oppose à la radiation de programmes sous prétexte que cela empêcherait la rétention de personnel professoral qualifié, tout comme si l'existence d'un programme se justifiait par les besoins du personnel plutôt que ceux des usagers. Un tel raisonnement est tout à fait en porte-à-faux. Il conduit à la multiplication des programmes et à la dispersion des ressources aux dépens de la qualité et de l'efficience. Car il est bien évident que dans les domaines hautement spécialisés, l'atteinte d'un plus haut niveau de qualité requiert une certaine concentration des effectifs professoraux et étudiants de façon à favoriser les échanges si nécessaires à la maîtrise la plus complète possible d'une spécialité. Par ailleurs, *à qualité égale*, il paraît clair qu'il en coûtera moins pour maintenir un programme que deux ou trois pour le même petit nombre d'étudiants. Et ce qui vient d'être dit s'applique aussi aux lieux de formation puisque trop souvent, comme le souligne le comité, on assiste à une véritable balkanisation des programmes de résidence dans les hôpitaux affiliés, avec comme conséquence que le résident est trop souvent isolé et alors «généralement surchargé par les soins et peu motivé à réclamer des activités d'enseignement didactique».[1]

(1) Rapport du comité d'étude, p. 154.

Par ailleurs, le Conseil n'est pas plus sensible qu'il ne faut à l'argument des besoins régionaux de formation, le caractère hautement spécialisé du personnel et des ressources requises interdisant toute démultiplication indue de ceux-ci, surtout qu'il est loin d'être démontré que l'existence de programmes en région ait une influence décisive sur le choix du lieux d'exercice ou sur la nature de la pratique des médecins spécialistes. Là où elle serait souhaitable, la sensibilisation des résidents aux problèmes régionaux pourrait être atteinte très efficacement par la formule des programmes associés ou encore par l'offre de stages qu'ils seraient encouragés à suivre.

Il faut en outre bien distinguer entre la mise en veilleuse d'un programme et la cessation des activités de la discipline concernée dans ce milieu. Là où des ressources adéquates existent, elles peuvent être utilisées dans le cadre de stages ou de recherches ou même d'enseignements dans des domaines voisins.

Dans cette perspective, le comité fait valoir une nouvelle formule — celle des programmes associés — qui pourrait s'avérer l'outil à la fois souple et efficace requis pour pousser plus avant la démarche de concentration des activités de formation en spécialités médicales tout en leur assurant une plus grande complémentarité. De l'avis du Conseil, cette formule — qui rejoint celle des programmes conjoints déjà existants dans d'autres domaines — pourrait s'avérer très avantageuse pourvu que soit assurée une véritable association entre les partenaires. Le comité indique d'ailleurs certaines modalités qu'il faudra respecter pour qu'il en soit ainsi.

Enfin, le comité s'est interrogé sur la situation ambiguë des programmes d'internat qui ressemblent davantage à une succession de stages qu'à un programme dont les objectifs pédagogiques seraient bien définis. Qu'il en soit ainsi n'a rien de surprenant puisque ces programmes s'adressent à des étudiants dont les préoccupations varient considérablement, certains quittant ensuite les études pour l'omnipratique, d'autres continuant dans un programme de spécialité. Le Conseil souhaite que cette question soit étudiée plus à fond par les universités dans une optique d'amélioration de la qualité et d'utilisation plus efficiente des ressources. Ne serait-il pas possible par exemple de bâtir des programmes d'internat s'adressant spécialement aux omnipraticiens? Dans un tel cas, le programme de médecine familiale ne pourrait-il être raccourci ou fusionné avec l'internat? Par ailleurs, l'année d'internat deve-

nant intégrée aux programmes de spécialité, ne pourrait-on espérer un raccourcissement de la résidence? Le tout ne pourrait-il pas conduire à une rationalisation plus grande de l'utilisation des ressources ou à tout le moins à une amélioration de la qualité?

3. La mise en application du rapport

Le comité formule, à l'intérieur des chapitres 4 et 5 de son rapport, un certain nombre de recommandations générales dont on trouvera la synthèse en pages 191 à 193. Elles s'adressent habituellement aux universités et dans la plupart des cas peuvent être rapidement mises en pratique pour peu qu'on veuille bien s'en donner la peine. Certaines par contre requerront de plus grands efforts ou de plus longs délais. Peut-être même sera-t-il nécessaire de procéder à des expériences pilotes. Ainsi en est-il de la recommandation 6 sur la durée des stages,

> **6. *La durée des stages***
>
> *(QUE soit remise en question la définition a*
> *(priori de la durée des stages et de la durée*
> *(de chacun des programmes de formation en*
> *(spécialisation médicale tout en respectant*
> *(les normes d'admissibilité aux examens de*
> *(certification.*

recommandation qui ne pourra être mise en application qu'en autant qu'existent des processus fiables d'évaluation du résident en cours de formation et des critères de promotion appropriés. Les recommandations 21 et 22 touchent à ces deux derniers points.

> **21. *L'évaluation du résident en cours de formation***
>
> *(QUE les* ***quatre facultés de médecine*** *améliorent les processus d'évaluation du résident*
> *(en cours de formation en développant des*
> *(instruments de mesure appropriés aux objectifs poursuivis tant sur le plan cognitif*
> *(que psycho-moteur et affectif et en les*
> *(utilisant non seulement de façon formative*
> *(mais aussi dans un but sanctionnel.*
>
> **22. *Les critères de promotion***
>
> *(QUE les comités d'évaluation des différents*
> *(programmes de résidence des* ***quatre universités*** *procèdent à l'établissement de critères de promotion du résident en cours de*
> *(formation.*

Nonobstant les recommandations auxquelles en viendra le Conseil des universités au sujet du rôle de l'université dans les formations professionnelles, le Conseil est d'avis que la recommandation 25 sur l'évaluation externe des programmes soit mise en pratique dans les plus courts délais.

> **25. *L'évaluation externe du programme***
>
> *(QUE le Comité conjoint des programmes*
> *(du Conseil des universités participe activement, et non comme observateur, aux visites*
> *(d'agrément des facultés de médecine en*
> *(désignant un expert pour chaque visite et*
> *(en assumant une partie des coûts.*

Cette recommandation ouvre des pistes très intéressantes de collaboration entre les universités, les organismes d'agrément et le Conseil.

Les recommandations spécifiques à chacune des spécialités, auxquelles il faut ajouter les recommandations générales 8 et 16, seront certes d'application plus difficile étant donné qu'elles impliquent des choix précis de programmes, de sites d'apprentissage ou de formules de collaboration. Voici ces deux recommandations générales:

> **8. *La complémentarité provinciale des programmes***
>
> *(QUE la complémentarité provinciale des programmes de spécialisation soit reconnue*
> *(par les universités et soit concrétisée par*
> *(l'organisation de* ***programmes associés*** *(comportant:*
>
> *(— un comité d'admission-évaluation unique;*
> *(— un comité de programme unique qui assure la complémentarité des deux pro-*
> *(— grammes;*
> *(— un comité de promotion unique.*
>
> *(QUE les résidents soient inscrits à l'univer-*
> *(sité où ils commencent leur formation et*
> *(que leur dossier soit transféré lorsqu'ils effectuent leur formation en dehors du pro-*
> *(gramme initial.*
>
> *(QUE chaque composante du programme*
> *(soit dirigée par un responsable. Les objectifs*
> *(spécifiques, la planification pédagogique,*
> *(l'identification des ressources et l'évaluation*
> *(du programme local seront sous sa respon-*
> *(sabilité.*

(QU'il soit prévu des activités d'enseignement
(et une partie de l'évaluation en commun
(afin d'assurer un contact continu entre les
(résidents et les enseignants des deux pro-
(grammes.

16. Les étudiants, la masse critique

(QUE l'ensemble des facultés de médecine
(du Québec et en particulier celles des
*(**Universités Laval et de Montréal** réduisent*
(le nombre de sites d'apprentissage des
(programmes de résidence dans les hôpitaux
(affiliés afin d'accroître le nombre d'étudiants
(par site d'apprentissage et d'optimiser l'uti-
(lisation des ressources.

Si le Conseil accueille très favorablement ces recommandations et demeure convaincu de leur bien-fondé dans la très grande majorité des cas, il conçoit aussi que d'autres solutions puissent exister qui permettent d'atteindre les buts poursuivis. Il accepte même, à l'instar du comité, que certains choix puissent être remis en cause soit à la lumière de données nouvelles, soit à la suite de réorientations des priorités des institutions ou organismes concernés, soit même en raison d'interrogations plus fondamentales quant au rôle de chaque université dans la formation médicale. Mais il estime, comme il le disait plus haut, que pour l'essentiel les choix du comité sont bien justifiés et qu'en conséquence il appartiendra aux intéressés de faire la démonstration que d'autres choix ou d'autres solutions seraient plus valables.

Ces considérations amènent le Conseil à recommander que soit mis sur pied un groupe de travail ayant pour mission de veiller à la mise en application du rapport. Il devrait procéder avec fermeté et diligence mais également faire preuve d'ouverture aux suggestions et aux demandes des universités pour autant qu'elles aillent dans le prolongement des objectifs et des normes de rationalisation et de gestion académique privilégiés dans le rapport.

Certaines actions suggérées par le comité pourront entraîner initialement des dépenses spécifiques. Ainsi pourrait-il en être par exemple des expériences pilotes nécessaires, des déplacements au moment de la relocalisation de certaines activités, des démarches requises pour la mise en marche de programmes associés ou pour la mise en veilleuse de programmes. De telles dépenses peuvent être financées par le Fonds de développement pédagogique et le Conseil invite les intéressés à s'en prévaloir.

4. Conclusion

En conclusion, le Conseil croit que l'on devrait garder en mémoire un certain nombre de commentaires formulés par les répondants à la consultation et qui concernent les tâches d'étude, de planification et d'évaluation à assurer pour affermir le développement des programmes de spécialisation médicale à plus long terme. Ainsi a-t-il proposé: a) que chacune des universités veille à l'évaluation périodique de ses programmes; b) qu'en plus un mécanisme d'évaluation-réseau, impliquant des représentants des universités, de la Corporation professionnelle des médecins et du Conseil des universités, s'applique périodiquement à l'ensemble de ces programmes; c) que des études de besoins soient complétées, lesquelles tiennent compte des paramètres de planification des effectifs médicaux et d'organisation des services cliniques hospitaliers déterminés par le ministère des Affaires sociales; d) que les conclusions de ces études soient appliquées pour la rationalisation du développement de chaque spécialité au fur et à mesure qu'elles sont complétées; e) qu'une attention particulière soit accordée par les universités aux possibilités de mise sur pied de programmes «associés», «intégrés», ou pluri-universitaires, pour faire face aux besoins nouveaux de développement dans une optique de saine gestion des ressources consenties au réseau universitaire.

À ceci, le Conseil ajoute que pour assurer le meilleur développement de l'enseignement dans le domaine biomédical dans son ensemble, ce qui inclut bien entendu les programmes de spécialisation médicale, il conviendra de procéder à très court terme à une étude similaire de rationalisation des programmes de maîtrise et de doctorat. De cette façon, on pourra espérer les choix les plus rationnels d'utilisation des ressources humaines et matérielles du réseau dans ce secteur.

5. Recommandations

Recommandation 1

ATTENDU la nécessité pour les universités d'assurer pleinement la gestion des programmes dont elles ont la responsabilité;

CONSIDÉRANT que, malgré les avis antérieurs à cet effet du Conseil des universités et de l'Opération Sciences de la santé, de nombreuses lacunes dans

la gestion académique ont été observées par le Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale;

CONSIDÉRANT que ces lacunes constituent autant d'obstacles réels à l'atteinte d'une meilleure qualité des programmes de spécialisation médicale;

CONSIDÉRANT que les recommandations générales du comité d'étude contiennent des indications très précises et bien documentées sur les mesures à prendre pour améliorer la situation;

Le Conseil des universités recommande:

a) (que les universités donnent suite dans les
(plus brefs délais aux recommandations
(générales concernant
(1. la définition des objectifs des pro-
(grammes et leur rédaction;
(2. la définition des conditions d'admis-
(sion;
(3. la description des responsabilités du
(résident;
(4. la description, la planification et la
(gestion académique des stages, que
(ceux-ci soient obligatoires, optionnels
(ou hors programme, d'enseignement
(ou de recherche;
(5. l'instauration de mécanismes d'éva-
(luation continue des résidents et de
(critères de promotion;
(6. la complémentarité à établir entre les
(divers programmes du réseau et l'in-
(formation à offrir;
(7. la description des stratégies péda-
(gogiques;
(8. l'apprentissage de l'évaluation de
(l'acte médical et de la qualité des
(soins;
(9. l'identification du directeur du pro-
(gramme et des enseignants;
(10. l'instauration d'un système efficace et
(réel de plafonnement des revenus
(des enseignants;
(11. la réduction du nombre de sites
(d'apprentissage à l'intérieur d'un mê-
(me programme;
(12. l'évaluation interne de leurs program-
(mes;

b) (que, dès que possible, les universités
(instaurent, à titre expérimental là où les
(conditions le permettront, des stages à
(durée variable.

Recommandation 2

CONSIDÉRANT la recommandation explicite du Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale;

CONSIDÉRANT les responsabilité du Conseil des universités en matière de coordination et de collaboration entre les établissements d'enseignement supérieur;

CONSIDÉRANT les responsabilités du ministre de l'Éducation et le mandat du Conseil en matière de reconnaissance des programmes de formation professionnelle;

Le Conseil des universités recommande:

(que, pour l'évaluation externe des program-
(mes de spécialisation médicale, le minis-
(tre de l'Éducation veille à ce que le Conseil
(des universités participe activement aux visi-
(tes d'agrément des facultés de médecine.

Recommandation 3

ATTENDU qu'une condition nécessaire pour le maintien d'un programme est l'existence d'une clientèle;

ATTENDU qu'une masse critique d'étudiants et d'enseignants est absolument nécessaire à la création d'un milieu de formation de qualité;

CONSIDÉRANT le nombre très important de programmes de spécialisation médicale;

CONSIDÉRANT que plusieurs de ces programmes n'accueillent qu'un très petit nombre d'étudiants;

CONSIDÉRANT qu'une telle situation n'est pas souhaitable tant du point de vue de la qualité que de l'utilisation efficiente des ressources;

CONSIDÉRANT que les recommandations de rationalisation du comité sont empreintes de prudence, ne touchent que les situations les plus évidentes et devraient permettre l'instauration de programmes de meilleure qualité;

NONOBSTANT les réactions négatives de plusieurs intéressés;

CONSIDÉRANT, d'autre part, les délais dans la formulation du présent avis;

Le Conseil des universités recommande:

(que soient mises en application les recommandations de rationalisation proposées par le Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale, en reportant d'un an les dates prévues de radiation ou d'association.

Recommandation 4

CONSIDÉRANT, par ailleurs, que, de l'avis même du comité d'étude, le rapport n'est qu'une étape d'un processus;

CONSIDÉRANT que sa mise en application pourra donner lieu à des réflexions supplémentaires d'où pourraient venir des suggestions intéressantes en vue d'une plus grande rationalisation;

CONSIDÉRANT aussi que dans certains cas les objectifs de rationalisation et de valorisation des programmes pourraient être atteints par des choix de mesures quelque peu différentes de celles proposées;

CONSIDÉRANT enfin que les programmes d'internat devraient aussi être réexaminés dans le but d'atteindre ces objectifs;

Le Conseil des universités recommande:

(que, dans la mise en application des recommandations du Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale, le ministre de l'Éducation se fasse assister d'un groupe restreint de personnes qualifiées et bien au fait de la situation dans le but

(a) d'étudier les suggestions et les demandes d'ajustement qui pourraient venir des universités et, s'il y a lieu, de proposer des mesures alternatives qui permettent d'atteindre plus rapidement ou plus efficacement les objectifs de rationalisation et de bonification des programmes de spécialisation médicale mis de l'avant le comité d'étude;

(b) d'étudier avec les intéressés les programmes de résidence et de proposer des mesures susceptibles d'en améliorer la qualité et de favoriser l'utilisation la plus efficiente des ressources disponibles;

(c) de suivre les expériences pilotes et d'en analyser les résultats.

Recommandation 5

CONSIDÉRANT que certaines des mesures proposées pourront entraîner des dépenses particulières;

CONSIDÉRANT que le volet «Réaménagement de programmes» du Fonds de développement pédagogique a justement pour but de supporter les opérations nécessaires à une utilisation plus rationnelle des ressources;

Le Conseil des universités recommande:

(que les universités puissent se prévaloir du Fonds de développement pédagogique pour financer les dépenses exceptionnelles que pourra entraîner la mise en application des recommandations du Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale.

Rapport du Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale

Septembre 1980.

Table des matières

Page

Introduction 121

1. Le mandat et la problématique de l'étude 123

1.1 Origine du mandat 123

1.2 Mandat et composition du comité 123

1.3 La problématique de l'étude 124

1.3.1 Le nombre et la durée des programmes 124

1.3.2 L'état de la main-d'oeuvre médicale 124

1.3.3 Le contingentement des postes d'internes et de résidents 127

1.4 Interprétation et limites du mandat 129

1.4.1 Le programme de l'internat 131

1.4.2 Les programmes de médecine familiale 131

2. Ensemble des facteurs dont on devrait tenir compte lors d'une étude de rationalisation des programmes de formation 131

2.1 L'objectif majeur des programmes de formation est de répondre aux besoins de la population 133

2.1.1 Les besoins en santé de la population 133

2.1.2 Les effectifs médicaux: état actuel, projection et ses limites 133

— L'âge moyen des effectifs en place 135

— Les effectifs féminins 135

— La modification du mode de pratique 137

— Les modifications dans le mode de rémunération 139

2.1.3 La répartition des effectifs médicaux 142

2.1.4 L'émergence de nouveaux programmes 142

2.2 Les programmes de formation en spécialité médicale doivent répondre aux besoins de la clientèle étudiante 142

2.2.1 La satisfaction des spécialistes en regard de leur formation 144

2.2.2 La formation spécialisée acquise en dehors du Québec 144

2.2.3 Les médecins diplômés en dehors du Québec en formation spécialisée dans les programmes québécois 144

2.3 La rationalisation des programmes de spécialisation doit tendre, entre autres objectifs, à optimiser les coûts de formation 145

3. La rationalisation des programmes de spécialisation médicale: les critères reliés à leur valeur pédagogique 149

3.1 Les objectifs du programme 153

3.2 Les conditions d'admission 153

3.3 La description du programme 153

3.4 Les ressources humaines, cliniques, matérielles et didactiques 153

3.5 L'évaluation des résidents 156

158

3.6 L'évaluation du programme 158
3.7 Les critères reliés à l'interdépendance des programmes 160
3.7.1 Interdépendance du programme pré-doctoral et des programmes de spécialisation ... 160
3.7.2 Interdépendance des programmes de spécialisation 160
3.7.3 Interdépendance des programmes de spécialisation et des programmes de deuxième et troisième cycles universitaires 165

4. Les modalités de la rationalisation et ses limitations: les critères exclus de la grille d'analyse 167

4.1 L'approche envisagée 167
4.2 Les données utilisées 167
4.3 La méthode d'analyse et ses limites 168
4.3.1 Critères d'analyse non retenus car ils requièrent une observation directe du milieu 168
— Les stratégies pédagogiques 168
— Les cours hors programme 170
— Les ressources cliniques et connexes, les cliniques externes, les conditions d'études 170
4.3.2 Critères d'analyse non retenus dans la grille car non discriminatoires aux fins de la présente étude 170
— Les conditions d'admission 171
— La durée des stages 171
— Les stages hors programme 172
— La complémentarité provinciale des programmes 172
— L'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins 173
— Les ressources professorales 174
— Les critères de promotion 175
— L'évaluation externe des programmes 175
4.4 La grille d'analyse utilisée 177

5. Les résultats de l'analyse: forces et faiblesses des différents programmes relativement à chaque critère retenu 179

5.1 Les objectifs du programme 179
5.2 Les responsabilités du résident 180
5.3 Les objectifs et le contenu des stages 180
5.4 Les stages optionnels et de libre choix 181
5.5 La recherche 181
5.6 Le directeur de programme 182
5.7 L'achalandage des programmes, la masse critique 182
5.8 L'unité d'enseignement clinique 185
5.9 L'évaluation du résident en cours de formation 186
5.10 L'évaluation terminale: les examens de certification 187
5.11 L'évaluation interne du programme 187

6. La rationalisation des programmes de spécialisation médicale 189

Synthèse des recommandations générales s'appliquant à chaque critère retenu dans la grille d'analyse .....

Allergie 191
Anatomo-pathologie 194
Anesthésie-réanimation 196
Biochimie médicale 198
Cardiologie 200
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique 202
Chirurgie générale 204
Chirurgie orthopédique 206
Chirurgie plastique 208
Dermatologie 210
Endocrinologie 212
Gastro-entérologie 214
Hématologie 216
Médecine interne 218
Médecine nucléaire 220
Microbiologie médicale 222
Néphrologie 224
Neurochirurgie 226
Neurologie 228
Obstétrique-gynécologie 230
Ophtalmologie 232
Oto-rhino-laryngologie 234
Pédiatrie 236
Physiâtrie 238
Pneumologie 240
Psychiatrie 242
Radiologie diagnostique 244
Radiothérapie 246
Rhumatologie 248
Santé communautaire 250
Urologie 252
Médecine familiale 254

Mesures corollaires à la radiation d'un programme 256

259

Liste des tableaux

		Page
Tableau I	Liste des programmes de spécialisation médicale existant le 1er octobre 1979 ...	125
Tableau II	Normes *minimales* de formation pour chaque spécialité médicale	126-127
Tableau III	Comparaison entre les rapports médecin/population du Canada, de l'Ontario et du Québec, au 31 mars 1978	128
Tableau IV	Bilan des échanges entre le Québec et les autres provinces canadiennes concernant les étudiants en médecine du niveau pré-gradué et post-gradué	129
Tableau V	Implications du contingentement des postes rémunérés d'internes et de résidents sur l'achalandage des programmes de spécialisation médicale	134
Tableau VI	Répartition des médecins omnipraticiens et spécialistes au Québec entre 1955 et 1978	135
Tableau VII	Pourcentage des médecins spécialistes ayant moins de *45 ans* dans chaque spécialité	136
Tableau VIII	Évolution du nombre et du pourcentage de médecins omnipraticiens et spécialistes, par sexe, de 1972 à 1978 au Québec	137
Tableau X	Résultats aux examens de certification en spécialité médicale pour les années 1975 à 1979	138
Tableau XI	Pourcentage des effectifs féminins dans chacune des spécialités médicales évalué à partir des candidats ayant réussi les examens de certification de la CPMQ pendant les années 1975 à 1979	140-141
Tableau XII	Comparaison entre les diplômés (m.d.) du Québec étudiant aux États-Unis et les diplômés (m.d.) des États-Unis étudiant au Québec	144
Tableau XIII	Répartition des internes et des résidents, incluant les moniteurs de clinique et de recherche, dans la province de Québec selon l'origine du m.d., de 1965-66 à 1979-80	146
Tableau XIV	Répartition des internes et des résidents, incluant les moniteurs de clinique et de recherche, présents dans les programmes québécois, de 1974-75 à 1979-80 .	147
Tableau XV	Répartition des internes et résidents selon l'origine du diplôme dans les différentes universités du Québec au 31 décembre de chaque année (années 1976-77 à 1979-80)	148
Tableau XVI	Liens entre le programme pré-doctoral et les programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique	161-162
Tableau XVII	Liens entre les différents programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique	163-164
Tableau XVIII	Programmes de deuxième et troisième cycles universitaires offerts par les facultés de médecine du Québec	166

Tableau XIX Résumé de la démarche effectuée pour analyser les programmes de spécialisation médicale et faire la synthèse des données recueillies 169

Tableau XX Nombre d'internes unidisciplinaires par faculté, pour les deux dernières années . 171

Tableau XXI Grille d'analyse comparative des programmes de spécialisation médicale, spécialité par spécialité 178

Tableau XXII Répartition des 114 programmes de spécialité médicale en fonction du nombre moyen de résidents par programme, par année 184

Tableau XXIII Répartition des programmes de spécialisation médicale selon la valeur du rapport entre le nombre moyen de résidents par an et le nombre de postes agréés, par faculté 185

Tableau XXIV Synthèse des recommandations du Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale 258

Liste des annexes

		Page
Annexe I	Aperçu historique sur le système d'accréditation dans le domaine de l'enseignement médical post-gradué	261
Annexe II	Rappel historique des interventions du Comité conjoint des programmes	265
Annexe III	Rapport du Conseil des universités sur les programmes d'internat et de résidence: considérations et recommandations (12 octobre 1971)	269
Annexe IV	Avis au ministre de l'Éducation concernant les programmes d'études, y compris les programmes de spécialités (internat et résidence) dans le secteur des sciences de la santé (19 janvier 1978)	275
Annexe V	Opération Sciences de la Santé (O.S.S.): recommandations relatives à l'internat et la résidence et Avis au ministre de l'Éducation	279
Annexe VI	Évaluation quantitative et qualitative de la formation hors Québec des résidents diplômés du Québec inscrits dans les programmes québécois	285
Annexe VII	Évaluation du nombre de résidents diplômés du Québec et des autres provinces canadiennes requis pour maintenir les effectifs professionnels médicaux spécialisés de 1978	291
Annexe VIII	Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80	301
Annexe IX	Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (années 1975 à 1979)	335
Annexe X	Évaluation du rapport entre le nombre de postes agréés et le nombre d'hôpitaux agréés, puis entre le nombre de résidents, en moyenne par an, et le nombre d'hôpitaux agréés, par spécialité et par faculté	371

Introduction

Face à l'ampleur du mandat que lui confiait le Conseil des universités, le Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale se trouvait devant plusieurs approches possibles: il pouvait axer son analyse sur les coûts de la formation médicale, sur le développement scientifique de la médecine, sur l'amélioration de la santé des québécois, sur l'intégration réelle de la médecine à toutes les activités universitaires, sur la régionalisation et la modification de la distribution des soins, autant de réalités, autant de limites, autant d'ambition!

Il a préféré l'approche qui lui semblait la plus réaliste. Sans oublier que les facteurs influençant et modifiant à plus ou moins long terme la formation et l'exercice de la profession médicale sont nombreux, il a porté son attention et axé son analyse sur la valeur pédagogique des programmes et sur leur opportunité. Toutefois, il entend préciser les liens qu'il voit entre cette étude de rationalisation des programmes de spécialisation et les besoins de la population ainsi que les besoins des futurs médecins spécialistes en terme de formation. Enfin, il croit qu'il n'y a pas de contradiction entre l'amélioration de la qualité de la formation et l'optimisation des coûts de l'enseignement qui doit demeurer une préoccupation des établissements universitaires.

Le plan du rapport reflète la démarche que le comité a suivie pour remplir le mandat qui lui était confié. Après avoir situé cette étude dans l'ensemble des mesures qui ont eu des conséquences sur les programmes de spécialisation médicale depuis 1970 (Chapitre 1), le comité a cherché à identifier l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, pédagogiques qui devraient être pris en considération dans leur étude de rationalisation de programmes (Chapitre 2). Si l'identification de ces facteurs se fait assez bien, leur utilisation comme argument de rationalisation demeure difficile de sorte que le comité a préféré retenir comme critère majeur de rationalisation la valeur pédagogique des programmes. Pour cette raison, il a commencé par définir et justifier les caractéristiques d'un programme idéal (Chapitre 3).

Ces trois chapitres constituaient la trame du document de travail soumis aux universités par le comité.

La consultation fut très instructive et le comité a pu clarifier certains points de sa démarche et faire un recul sur d'autres qui seront mentionnés dans le rapport.

Le deuxième temps de l'opération a consisté à analyser chaque programme à l'aide d'une grille élaborée à partir des critères d'un programme idéal. Le comité a dû restreindre ses ambitions. En effet, de nombreux critères ont dû être exclus de la grille soit parce que leur évaluation nécessitait une observation directe du milieu, soit qu'aucun des programmes ne les rencontrait (Chapitre 4). Des recommandations sont faites à leur sujet.

Grâce aux informations recueillies à l'aide de la grille retenue, le comité a pu observer les points forts et les points faibles des différents programmes pour lesquels des observations et recommandations seront faites faculté par faculté (Chapitre 5); il eut été possible mais absolument indigeste à la lecture de les faire programme par programme.

Enfin, le comité entrait dans l'opération délicate de rationalisation des programmes de spécialisation médicale (Chapitre 6). On a procédé spécialité par spécialité afin d'effectuer les choix dans une perspective d'optimisation des ressources provinciales et en tenant compte des besoins de la population. Toutefois, c'est la valeur pédagogique des programmes qui a le plus compté dans les décisions même si les indicateurs retenus de cette valeur pédagogique demeurent grossiers.

Le comité est conscient que sa tâche comporte certains analogies avec les fonctions d'évaluation des organismes d'agrément tels que la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège de médecine de famille du Canada, qui, tous les cinq ans, procèdent à l'évaluation des programmes de spécialisation et de médecine familiale au Québec. Sa démarche dépasse toutefois le cadre de l'évaluation de programmes et constitue un exercice plus global en analysant simultanément les programmes des quatre universités, dans une même opération, à l'aide d'une grille d'analyse identique.

Cette démarche démontre que les préoccupations du comité sont non seulement pédagogiques mais encore socio-économiques, démographiques et organisationnelles en vue de trouver des réponses valables à une rationalisation de l'ensemble des programmes de spécialisation médicale.

Ce rapport n'a pas la prétention de régler tous les problèmes de la formation médicale spécialisée pour un avenir illimité. Il s'agit d'une étape d'un processus continu de remise en question des programmes universitaires. Il a été l'occasion d'une réflexion sérieuse qui pourra être utile, pensons-nous, aux différentes instances responsables de la formation médicale spécialisée.

1. Le mandat et la problématique de l'étude

1.1 Origine du mandat

«Les premiers efforts de définition, d'organisation et d'établissement de standards de l'enseignement médical post-gradué au Canada datent de la création du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 1929». En 1951, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec s'engageait dans le champ de l'agrément des milieux de formation. On trouvera à l'Annexe I, page 263, un résumé des évènements qui ont conduit le Collège des médecins et chirurgiens du Québec à confier la responsabilité des programmes de spécialisation médicale «aux universités qui l'ont acceptée à la fin de 1969 et mettaient en place les structures nécessaires à la mise en oeuvre d'un tel enseignement».

Depuis sa création en 1969, le Conseil des universités a manifesté un vif intérêt pour la formation médicale dont témoignent ses nombreuses interventions habituellement suscitées par son Comité conjoint des programmes. On trouvera à l'Annexe II, page 267, un rappel des interventions du Comité conjoint des programmes dont on retient les évènements suivants:

— **juin 1970:** approbation en bloc des programmes d'internat et de résidence pour une durée d'un an;

— **octobre 1971:** rapport du Conseil des universités sur les programmes de l'internat et des résidences.

L'Annexe III, page 271, fournit les considérations et recommandations de ce rapport qui ont porté sur les programmes de spécialisation proprements dits, sur les subventions aux universités, sur les responsabilités respectives des divers organismes internes à cet enseignement, sur les structures d'accueil, sur les professeurs d'enseignement clinique et sur le statut des internes et résidents.

— **octobre 1973:** avis sur le projet de contrat type d'affiliation entre les universités et les hôpitaux d'enseignement;

— **février et juillet 1974:** acceptation de la formule de financement proposée par la DGES;

— **janvier 1975:** la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Comité conjoint des programmes et les doyens des facultés de médecine acceptent les termes d'une collaboration pour l'évaluation des programmes: un observateur du Comité conjoint sera présent lors des visites d'un cycle complet d'agrément, les documents préalables aux visites seront transmis au Conseil des universités et les doyens feront parvenir les rapports d'évaluation au président du Comité conjoint.

Le 19 janvier 1978, à la suite de l'évaluation du Comité conjoint des programmes effectuée lors des visites d'agrément des organismes professionnels, le Conseil des universités adresse un avis au ministre de l'Éducation au sujet des programmes de spécialité dont les recommandations (Annexe IV, page 277 peuvent se résumer ainsi:

— tout nouveau programme de spécialisation doit être soumis à l'approbation du Conseil;

— les programmes reconnus en date du 19 janvier 1978 sont approuvés sous la réserve d'une étude de rationalisation;

— les huit programmes non encore approuvés doivent faire l'objet d'un dossier d'opportunité avant le 1er septembre 1978;

— les universités doivent exercer un contrôle plus strict sur les programmes et leur application;

— les programmes de spécialisation doivent être soumis aux règlements et procédures relatifs aux programmes post-gradués dans chaque université;

— une étude de rationalisation des programmes de spécialisation en médecine doit être entreprise sans délai, sous l'autorité du Conseil.

Le 15 février 1979, le Comité conjoint des programmes accordait une reconnaissance provisoire aux huit programmes non encoure approuvés (Tableau I, page 125) attendu que les dossiers d'opportunité ont été soumis par les universités et que l'étude de rationalisation est entreprise. Cette reconnaissance provisoire est faite sous réserve des conclusions du présent rapport.

Ce rappel historique des évènements montre que les programmes de spécialisation médicale sont soumis à un double système d'approbation des nouveaux programmes et d'évaluation des programmes existants relevant, d'une part, des organismes d'agrément et, d'autre part, du Comité conjoint des programmes du Conseil des universités. Cette double juridiction n'a pas soulevé de problèmes majeurs dans le processus d'évaluation des programmes existants car les organismes d'agrément et les doyens de facultés de médecine ont accepté qu'un membre du Comité conjoint des programmes participe à la visite d'agrément des quatre facultés. Par contre, cette double juridiction est vécue plus difficilement lors de l'approbation des nouveaux programmes puisque certains programmes fonctionnaient sans avoir reçu l'approbation du Comité conjoint du Conseil des universités.

1.2 Mandat et composition du comité

Le mandat

«À partir des avis antérieurs du Conseil des universités, de l'analyse de la situation actuelle pour la formation des spécialistes en médecine, compte tenu des besoins identifiés, des politiques nouvelles adoptées en matière de postes de résidence, proposer les moyens de rationaliser la formation des spécialistes en médecine».

Ce mandat s'inscrit dans la ligne des préoccupations du rapport de l'Opération Sciences de la Santé dont on trouvera les recommandations relatives à l'internat et à la résidence à l'Annexe V, page 281. Il est remarquable de noter que certaines questions soulevées lors de la présente étude l'avaient été par O.S.S. dont il est intéressant de relire le chapitre consacré à l'internat et à la résidence.[1]

Si les questions soulevées se ressemblent, les moyens pour y répondre diffèrent puisque la présente étude se consacre aux seuls programmes de spécialisation médicale.

[1] O.S.S. rapport final — avril 1976, partie II, chapitre 6.6, pp. 339-375.

Composition du comité

Président:	Dr. Hugh SCOTT Membre du Conseil des universités Université de Sherbrooke
Secrétaire:	Dr. Hélène LECLERE Conseil des universités
Membres:	Dr. Pierre BEAUDRY Université McGill
	Dr. Michel BÉRARD Corporation professionnelle des médecins du Québec
	Dr. Léo-Paul PICHETTE Université de Montréal
	Monsieur Jacques DUFRESNE Directeur de la revue *Critère*
Observateur:	Dr. Fernand HOULD Ministère des Affaires sociales
Collaboratrice:	Madame Elise FOURNIER Conseil des universités

1.3 La problématique de l'étude

L'étude se déroule au Québec en 1980 de sorte qu'elle s'inscrit dans une triple réalité: le nombre et la durée des programmes de formation post-doctorale, l'état de la main-d'oeuvre médicale et enfin les mesures de contingentement des postes d'internes et de résidents. Même si le comité n'est lié d'aucune façon aux mesures de contingentement prises par le ministère des Affaires sociales, il ne peut nier leur existence et leurs répercussions sur l'achalandage des programmes post-doctoraux.

1.3.1 Le nombre et la durée des programmes

Le mandat porte sur l'étude de 115 programmes de spécialisation médicale (Tableau I, page 125) dont 106 sont approuvés par le Comité conjoint des programmes du Conseil des université et huit sont reconnus provisoirement. Entretemps un neuvième, le programme en santé communautaire de l'Université de Sherbrooke, a été soumis à l'approbation du Comité conjoint des programmes qui lie sa décision aux recommandations de la présente étude.

Ces 115 programmes sont consacrés à l'enseignement de 32 spécialités. 23 d'entre elles sont enseignées dans les quatre facultés de médecine, six dans trois facultés et les quatre dernières, dans deux.

Tableau I

Liste des programmes de spécialisation médicale existant le 1er octobre 1979. Les programmes identifiés par un (X) ont reçu l'approbation des universités et des organismes d'agrément et ont fait l'objet d'une reconnaissance provisoire par le Conseil des universités.

Programmes	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke	Total
Allergie	—	X	X	—	2
Anatomo-pathologie	X	X	X	X	4
Anesthésie-réanimation	X	X	X	X	4
Biochimie médicale	X	X	—	(X)	3
Cardiologie et hémodynamique	X	X	X	X	4
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	—	X	X	—	2
Chirurgie générale	X	X	X	X	4
Chirurgie orthopédique	X	X	X	X	4
Chirurgie plastique	—	X	X	—	2
Dermatologie	X	X	X	—	3
Endocrinologie	X	X	X	X	4
Gastro-entérologie	—	X	X	X	3
Hématologie	X	X	X	X	4
Médecine familiale	X	X	X	(X)	4
Médecine interne	X	X	X	X	4
Médecine nucléaire	—	X	X	X	3
Microbiologie médicale	X	X	X	X	4
Néphrologie	X	X	X	X	4
Neurochirurgie	X	X	X	X	4
Neurologie et électro-encéphalographie	X	X	X	X	4
Obstétrique et gynécologie	X	X	X	(X)	4
Ophtalmologie	X	X	X	X	4
Oto-rhino-laryngologie	X	X	X	(X)	4
Pédiatrie	X	X	X	X	4
Physiatrie	X	—	X	—	2
Pneumologie	X	X	X	X	4
Psychiatrie	X	X	X	X	4
Radiologie diagnostique	X	X	X	X	4
Radiothérapie	X	X	X	X	4
Rhumatologie	—	(X)	X	X	3
Santé communautaire	(X)	(X)	(X)	(X)	4
Urologie	X	X	X	X	4
	26	31	31	27	115

Même si l'on peut difficilement évaluer les coûts de formation en spécialité médicale, le bon sens permet de penser qu'une telle duplication des programmes entraîne une dispersion des effectifs et des ressources qui n'est sûrement pas économique. Elle est en outre le symtôme d'un manque de concertation entre les universités déjà noté dans le rapport de l'Opération des Sciences de la Santé.

Jusqu'en 1970, les programmes de résidence étaient sous la responsabilité des hôpitaux agréés par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.[1] Pendant les années 1967, 1968 et 1969, en vue du transfert de la responsabilité des programmes de résidence aux facultés de médecine, les normes minimales de formation en spécialité médicale ont été établies par le Comité des études médicales du Collège (Tableau II, ci-dessous). L'établissement de ces normes minimales a donné lieu à une large consultation du milieu universitaire et professionnel médical: doyens, directeurs de département, directeurs de programmes, représentants des associations professionnelles et des résidents. À partir de juillet 1970, la durée de tous les programmes dans les quatre facultés est restée liée aux exigences des normes minimales. Elle est inexorablement de quatre ans pour 30 spécialités et de cinq ans pour la neurochirurgie et la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique.

On peut s'interroger sur le rationnel qui sous-tend l'identité de la durée des programmes indépendamment de la discipline enseignée.

En 1979, la Corporation professionnelle des médecins du Québec a créé un comité chargé de définir les normes et critères d'agrément des programmes d'internat et de résidence et de réévaluer les normes minimales de formation. L'opération est en cours et donne lieu à une large consultation des milieux concernés. On doit espérer que cette révision remettra en cause l'uniformité actuelle de la durée des programmes quelle que soit la spécialité et n'ira pas nécessairement dans le sens d'un allongement de leur durée.

[1] Ancien nom de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Tableau II (1ère partie)

Normes *minimales* de formation pour chaque spécialité médicale (Corporation professionnelle des médecins du Québec - 1er avril 1976)

	12 mois[1]	12 mois	12 mois	12 mois	12 mois
Allergie	méd. int. ou ped.		allergie	(2)	
Anatomo-pathologie	anatomo-pathologie			(2)	
Anesthésie-réanimation	anesthésie - réanimation			(2)	
Biochimie médicale	bioch. hosp.	biochimie		(2)	
Cardiologie	méd. int. ou ped.		cardiologie	(2)	
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	chirurgie générale		chirurgie cardio-vasc.-thor.		(2)
Chirurgie générale	chirurgie générale			(2)	
Chirurgie orthopédique	ch. gén.	orthopédie		(2)	
Chirurgie plastique	chirurgie générale		chirurgie plastique		
Dermatologie	méd. int. ou ped.	dermatologie		(2)	
Endocrinologie	méd. int. ou ped.		endocrinologie	(2)	
Gastro-entérologie	méd. int. ou ped.		gastro-entérologie	(2)	
Hématologie	méd. int. ou ped.		hématologie	(2)	
Médecine familiale					
Médecine interne	médecine interne			(2)	
Médecine nucléaire	méd. int.	médecine nucléaire		(2)	

[1] Les stages peuvent se faire selon n'importe quelle séquence.

[2] Ces 12 mois ne sont pas définis par la C.P.M.Q. mais sont définis dans chaque programme facultaire selon les ressources du milieu et les objectifs du résident.

Tableau II
(2e partie)

Normes *minimales* de formation pour chaque spécialité médicale
(Corporation professionnelle des médecins du Québec - 1er avril 1976)

	12 mois[1]	12 mois	12 mois	12 mois	12 mois
Microbiologie médicale	méd. int. ou ped. ou ana. path.	microb. hosp.	microbiologie	(2)	
Néphrologie	méd. int. ou ped.		néphrologie	(2)	
Neurochirurgie	ch. gén.	neurochirurgie			(2)
Neurologie et électro-encéphalographie	méd. int. ou ped.	neurologie		(2)	EEG (facultatif)
Obstétrique & gynécologie	ch. gén.	end.	obstétrique — gynécologie	(2)	
Ophtalmologie	Ophtalmologie			(2)	
Oto-rhino-laryngologie	ch. gén.	oto-rhino-laryngologie		(2)	
Pédiatrie	pédiatrie			(2)	
Physiatrie	méd. int. ou ped.	neuro	ortho	physiatrie	
Pneumologie	méd. int. ou ped.		pneumologie	(2)	
Psychiatrie	psychiatrie		psyc. prolongée	pédo psyc. (2)	EEG (facultatif)
Radiologie diagnostique	radiologie diagnostique			radioth. (2)	
Radiothérapie	méd. ou chirg.	radiothérapie		(2)	
Rhumatologie	méd. int. ou ped.		rhumatologie	(2)	
Santé communautaire					
Urologie	ch. gén.	urologie		(2)	

(1) Les stages peuvent se faire selon n'importe quelle séquence.
(2) Ces 12 mois ne sont pas définis par la C.P.M.Q. mais sont définis dans chaque programme facultaire selon les ressources du milieu et les objectifs du résident.

1.3.2 L'état de la main-d'oeuvre médicale

D'après une étude du service de planification de la main-d'oeuvre du ministère des Affaires sociales,[1] il semble qu'à de rares exceptions près, le rapport médecin spécialiste/population est satisfaisant en 1980. Nous verrons plus loin les restrictions que le comité peut avoir à l'endroit des analyses de besoins en main-d'oeuvre médicale faites à partir de l'établissement de rapport médecin/population (Chapitre 2, page 133).

Cette étude du ministère des Affaires sociales permet tout au plus de dire que si au Québec on veut atteindre les normes suggérées par le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada ou par le ministère de la Santé de l'Ontario, «il faudrait restreindre fortement la formation des spécialistes dans presque toutes les spécialités» sauf l'allergie, l'anesthésie-réanimation, la physiâtrie, l'anatomo-pathologie, la médecine nucléaire et la radiologie diagnostique. Les autres spécialités auraient des effectifs excédentaires; la moitié d'entre elles auraient un excédent de 25% et plus.

Quoi qu'il advienne de la bataille des chiffres, l'étude de rationalisation des programmes de spécialisation ne se déroule pas dans un contexte de pénurie sévère en main-d'oeuvre médicale au Québec même si la distribution géographique des spécialistes laisse encore à désirer.

Le Tableau III, page suivante, compare le Québec, l'Ontario et le Canada sur le seul critère du rapport médecin/population. Le Québec se compare avantageusement au Canada et à l'Ontario quand il s'agit du nombre total de médecins. Toutefois, le rapport médecin/population est plus élevé quand il s'agit des spécialistes et est moins élevé quand il s'agit des omnipraticiens. Ce tableau doit être analysé avec circonspection car les données utilisées diffèrent beaucoup des données fournies par la Corporation professionnelle des médecins du Québec pour la même année.[2] Nous avons tout lieu de penser que

(1) Les effectifs en médecins spécialistes au Québec. Situation relative et projections. Andrée Morissette. Août 1978.

(2) Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1976 à 1978 et projections pour 1982. Corporation professionnelle des médecins du Québec — juin 1979.

Tableau III

Comparaison entre les rapports médecin/population du Canada, de l'Ontario et du Québec, au 31 mars 1978.
(Source: Bureau de la santé du gouvernement fédéral à partir des données fournies par le Sales Management System).

	Canada	Ontario	Québec
Nombre total de médecin[1]	35 190	13 259	9 548
Rapport médecin/population	1/667	1/637	1/658 1/567[3]
Nombre de médecins omnipraticiens[2]	17 579	6 788	3 988
Rapport omnipraticien/population	1/1336	1/1244	1/1576 1/1206[3]
Nombre de spécialistes[1]	17 611	6 471	5 560
Rapport spécialiste/population	1/1334	1/1305	1/1130 1/1078[3]
Population (1er juillet 78)	23 498 900 (100%)	8 449 700 (35,9%)	6 287 100 (26,7%)
Capacité d'accueil en première année de médecine (1978-79)[4]	1 829 (100%)	622 (34%)	620 (33,9%)

(1) N'incluant pas les résidents.

(2) Incluant les médecins de médecine familiale.

(3) Données provenant de la C.P.M.Q. Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1976 à 1978 et projections pour 1982.

(4) A.C.M.C. Statistiques relatives à l'enseignement médical 1977/78 et 1978/79.

les chiffres de la Corporation sont plus fiables que ceux fournis par le Sales Management System, ne serait-ce que parce qu'il y a une concordance étroite entre les effectifs identifiés par la CPMQ et ceux identifiés par la RAMQ. Or ils indiquent un rapport médecin/population de 1/567 (au lieu de 1/658) pour l'ensemble des médecins, de 1/1206 (au lieu de 1/1576) pour les omnipraticiens et de 1/1078 (au lieu de 1/1130) pour les spécialistes pour 1978, ce qui indique une sous-estimation globale des données fédérales.

La comparaison faite dans le Tableau III serait intéressante à condition que les erreurs concernant les données fournies par le bureau fédéral aillent dans le même sens et soient du même ordre de grandeur pour le Canada, l'Ontario et le Québec.

Si l'on compare maintenant le Québec, l'Ontario et les autres provinces canadiennes quant à leur capacité d'accueil dans les facultés de médecine, le Québec admet le plus grand nombre d'étudiants (33,9%) par rapport à sa population qui représente 26,7% de la population canadienne. Il est bien connu qu'un certain nombre d'étudiants des autres provinces canadiennes sont admis à McGill mais le Tableau IV, page 129, montre que, réciproquement, de nombreux québécois font leurs études pré-doctorales en dehors du Québec.

Au niveau de l'internat et de la résidence, il est généralement admis que le Québec forme beaucoup de résidents des autres provinces. On oublie d'ajouter que de nombreux diplômés du Québec vont étudier en dehors du Québec. Le Tableau IV fait le bilan des échanges entre le Québec et les autres provinces canadiennes pendant les dernières années. Il montre que ce bilan est équilibré.

En outre, près de 23% (68/299) des diplômés du Québec qui se sont présentés aux examens de certification en 1979 avaient acquis une partie de leur formation hors Québec, que ce soit dans les autres provinces canadiennes, aux États-Unis ou en Europe (Annexe VI, page 288).

En conclusion, on doit reconnaître que cette étude de rationalisation ne se situe pas dans un contexte de pénurie de main-d'oeuvre médicale. Par ailleurs, on doit cesser de penser que le Québec assure la formation d'une bonne partie de la main-d'oeuvre médicale des autres provinces canadiennes car les chiffres des dernières années montrent qu'il y a, en fait, échange de bon procédé.

Tableau IV

Bilan des échanges entre le Québec et les autres provinces canadiennes concernant les étudiants en médecine du niveau pré-gradué et post-gradué.
(Source: Association des facultés de médecine du Canada. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada. 1977/78 et 1978/79).

	Nombre d'étudiants québécois dans les autres provinces canadiennes	Nombre d'étudiants des autres provinces canadiennes au Québec
NIVEAU PRÉ-DOCTORAL[1]		
1976-77 (1ère année)	42	50
1978-79 (toutes les années)	129	71
1979-80 (toutes les années)	125	92
INTERNAT[2]		
1974-75	28	55
1975-76	39	63
1976-77	45	33
1977-78	48	53
RÉSIDENCE[2]		
1978-79	121	164

(1) Au niveau pré-doctoral, les étudiants sont identifiés selon le lieu d'origine familiale.
(2) Au niveau de l'internat et de la résidence, les étudiants sont identifiés selon l'origine du diplôme.

1.3.3 Le contingentement des postes d'internes et de résidents

Le comité tient à ce qu'aucune confusion ne soit faite entre l'étude de **rationalisation** des programmes de spécialisation qu'il a entreprise et le **contingentement** des postes rémunérés d'internes et de résidents.

Le contingentement est une décision du ministère des Affaires sociales dans un but de planification de main-d'oeuvre médicale tandis que l'étude de rationalisation des programmes confiée au Conseil des universités par le ministre de l'Éducation a comme souci d'améliorer la qualité de la formation spécialisée, de coordonner les ressources pédagogiques humaines et matérielles et d'optimiser les coûts de formation. On remarque toutefois que le contingentement des postes rémunérés d'internes et de résidents est une façon partielle d'exercer un contrôle de la main-d'oeuvre médicale tant et aussi longtemps que le nombre des admissions dans les facultés de médecine ne sera pas réévalué en fonction d'une politique d'ensemble de planification de la main-d'oeuvre.

Le comité croit que le contingentement aura des conséquences sur l'organisation pédagogique des programmes de spécialisation médicale, sur leur qualité et même sur leur survie dans certains cas. Il aura en outre des répercussions sur l'organisation du programme pré-doctoral de chaque faculté en raison de l'interdépendance des programmes, précisée dans le Chapitre 3 (page 160). Il croit cependant que cette étude eut été justifiée même en dehors d'un contexte de contingentement des postes d'internes et de résidents, ne serait-ce que parce que plusieurs spécialités sont enseignées dans quatre programmes alors même que le nombre de spécialistes en exercice dans certaines d'entre elles, au Québec, est très restreint.

On peut être tenté de penser que le contingentement des postes rémunérés d'internes et de résidents est une mesure transitoire. Il serait toutefois étonnant qu'il y ait un besoin considérable en médecins spécialistes dans un avenir prévisible. Le contingentement préconisé par le ministère des Affaires sociales du Québec n'est pas une mesure isolée en Amérique du Nord. Les États-Unis ont pris des mesures de restrictions vis-à-vis de l'immigration des médecins depuis 1976. Dans l'ensemble des provinces canadiennes,[1] la proportion des postes réservés aux internes et résidents étrangers ne dépasse pas 10 à

(1) 1979 annual Report ACMC Standing Committee on Post Graduate Medical Education in: FORUM XIII, 3 April-May 1980, pp. 17-18.

15% du total selon les provinces, sauf en Alberta et en Colombie Britannique qui n'ont pas encore institué de quota pour ces étudiants. Par ailleurs, alors que les postes d'internes et de résidents n'ont pas fait l'objet d'un contingentement dans les provinces de l'Ouest, l'Ontario a réduit de 80 (sur 2400) le nombre de ses postes en 1980 et Terre-Neuve les a diminués de près de 25% en 4 ans (65/263). En Nouvelle-Écosse, depuis un nombre d'années suffisamment important pour que le système soit passé dans les moeurs, le contingentement s'applique pour chaque spécialité et pour chaque hôpital. Ainsi, s'il arrive une année que les postes d'anesthésie-réanimation ne soient pas comblés dans cette province, les postes vacants ne seront pas nécessairement attribués à des résidents d'autres spécialités.

Les mesures de contingentement imposées par le ministère des Affaires sociales du Québec constituent une réalité ayant des implications inévitables et prévisibles pour les 5 à 10 prochaines années sur l'achalandage des programmes de résidence. Actuellement, 2 800 postes sont agréés pour l'enseignement des internes et des résidents par la Corporation professionnelle des médecins du Québec alors que ce nombre était d'environ 2 100 en 1973. Les demandes d'agrément sont faites par les facultés de médecine et cette augmentation du nombre de postes est probablement reliée au fait qu'historiquement l'agrément d'un service hospitalier constituait une reconnaissance implicite de la compétence professionnelle du ou des médecins du service.

La capacité d'accueil des hôpitaux d'enseignement pour la formation des internes et des résidents dépasse donc largement le nombre de postes autorisés par le MAS et rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec: 2 800 postes agréés pour 1 805 postes rémunérés.[1] Indépendamment des normes actuelles de contingentement, la population étudiante visée par ces programmes est assez stable: les 610 médecins admis et formés dans les facultés de médecine québécoises chaque année auxquels s'ajoutent quelques médecins omnipraticiens qui reviennent se former en spécialité,[2] des diplômés des autres provinces canadiennes et les immigrants étrangers qui, eux, ne peuvent compter que pour 10% du nombre total des internes et résidents. S'il est important que le nombre de postes agréés par la Corporation soit supérieur au nombre de postes autorisés par le MAS pour que les étudiants puissent exercer un libre choix, un trop grand excès de postes agréés aboutit à une dispersion des enseignants, des étudiants et des ressources. Cette dispersion peut être préjudiciable à la qualité de l'enseignement ainsi qu'à la qualité des services médicaux dispensés dans les unités de soins où il se fait de l'enseignement clinique.

Dans ce contexte de restrictions du nombre de postes rémunérés d'internes et de résidents, il serait souhaitable que les facultés de médecine fassent des choix et établissent des priorités dans l'administration des programmes de spécialisation afin de maximiser l'utilisation des ressources pédagogiques. Le maintien à tout prix de tous les programmes et l'existence du plus grand choix possible de postes dans chaque programme ne peut constituer un objectif en soi surtout quand certains programmes vont inévitablement demeurer sans résidents ou n'être que très épisodiquement achalandés en raison du contingentement. Cette étude ne pourrait-elle pas être, pour les facultés de médecine, l'occasion d'une réflexion approfondie sur l'administration des programmes de résidence compte tenu de leurs objectifs généraux institutionnels et de leurs priorités de développement?

À propos du contingentement des postes, il est souvent mentionné que les facultés de médecine résistent à l'application des directives émises par le ministère des Affaires sociales chaque année. Le comité désire faire une remarque, même si elle n'est pas directement reliée à son étude, les admissions des candidats dans les programmes requièrent l'intervention de plusieurs paliers de décision[3] de sorte que, si l'on veut réaliser une adéquation entre la somme du nombre des candidats admis dans chacun des 115 programmes et le nombre total des postes contingentés, le ministère doit émettre ses directives avant l'admission des candidats. Or les acceptations des candidats commencent dès le mois de novembre de sorte que les directives devraient être émises *à l'automne de chaque année*, pour l'année suivante. La date d'émission des directives

(1) Pour l'année 1979-1980: 1 715 postes plus 80 réservés aux résidents accueillis dans le cadre des accords intergouvernementaux.

(2) Depuis plusieurs années, le nombre d'omnipraticiens qui reviennent en spécialité correspond à peu près au nombre de résidents qui abandonnent leur formation spécialisée.

(3) Acceptation du candidat dans le programme facultaire, contrat entre le résident et les centres hospitaliers où il va effectuer des stages pendant l'année, émission d'un permis par la Corporation professionnelle.

fut variable jusqu'à présent. Toutefois, il semble que le délai requis sera respecté pour l'admission des candidats de l'année 1981-82, ce qui devrait faciliter la concertation entre les facultés de médecine, la Corporation professionnelle des médecins du Québec et le ministère des Affaires sociales.

1.4 Interprétation et limites du mandat

Avant de préciser sa démarche quant aux moyens possibles d'effectuer une rationalisation des programmes de spécialisation, le comité a défini le champ de son mandat car, dès sa première réunion, s'est posé le problème d'inclure ou non à l'étude l'internat et les programmes de médecine familiale.

1.4.1 Le programme de l'internat

Bien que sur le plan administratif, il soit habituel de rapprocher le programme de l'internat des programmes de résidence, il ne fera pas partie de cette étude car il ne conduit pas à un certificat de spécialité. Toutefois, le tiers des postes contingentés sont réservés à l'internat (environ 600 sur 1 715) et le nombre des postes d'internes demeurera fixe tant et aussi longtemps que le nombre des admissions dans les facultés de médecine n'aura pas diminué. Il est alors facile de comprendre que le contingentement des postes se répercute davantage sur la formation spécialisée, ce qui est d'ailleurs l'objectif déclaré du ministère des Affaires sociales.

Si l'on met de côté l'internat unidisciplinaire[1] qui correspond en fait à une première année de résidence, les internats multidisciplinaire et rotatoire ressemblent davantage à une succession de stages qu'à un programme. La difficulté d'établir les objectifs pédagogiques de ces programmes tient au fait qu'ils s'adressent à des étudiants dont les projets de carrière sont différents: les uns vont aller en spécialité et les autres en pratique générale. Pourtant, ils conduisent tous à un permis d'exercice général de la médecine.

Si l'internat constituait la voie de formation unique conduisant à l'obtention d'un permis de pratique générale tandis que la résidence demeurait la voie de formation vers la spécialité, il ne serait pas nécessaire de suggérer aux étudiants se destinant à une spécialité d'effectuer d'abord un internat. En effet les résidents qui interrompraient leur formation spécialisée seraient tenus d'effectuer un internat avant d'exercer en pratique générale. Il serait alors possible de concevoir un programme d'internat cohérent car il s'adresserait à un groupe d'étudiants homogènes, ayant les mêmes buts.

1.4.2 Les programmes de médecine familiale

Le comité ne peut passer sous silence, l'incohérence du système actuel qui offre deux voies d'accès à l'exercice de la médecine de première ligne: le cours de médecine suivi d'une année d'internat ou ce même cours suivi de deux années de résidence en médecine familiale. Il n'est pas dans l'intention du comité de relancer la polémique relative à la spécificité de la médecine familiale puisqu'en fait, la question de fond est celle de la durée des études médicales, en particulier celle de la durée de l'apprentissage clinique. Alors que les soins de première ligne sont l'objet d'une préoccupation particulière de la part des autorités gouvernementales, ces mêmes autorités semblent s'opposer à l'allongement de la formation clinique de l'omnipraticien souhaité par les facultés de médecine pour des raisons pédagogiques et non contesté par la Corporation professionnelle des médecins puisque l'objectif est d'accroître la compétence du praticien général.

Le débat sur la justification ou non des programmes de médecine familiale dure depuis une dizaine d'années et donne lieu à de nombreuses interventions de la part des facultés de médecine, de la Corporation professionnelle, du ministère de l'Éducation, du ministère des Affaires sociales et de l'Office des professions. Il est parfois suggéré aux facultés de médecine de faire la preuve que les objectifs des programmes de médecine familiale ne peuvent pas être atteints pendant la durée normale du cours de médecine en réaménageant le premier cycle des études médicales et en réorganisant les programmes de l'externat et de l'internat.

Plusieurs promotions de finissants, actuellement sur le marché du travail, sont constituées de médecins omnipraticiens ayant suivi la formation régulière d'une part, et des médecins omnipraticiens ayant suivi un programme de médecine familiale d'autre part; il serait important de vérifier si l'on observe une différence entre les deux groupes d'omnipraticiens dans leur façon d'exercer la médecine, en se référant spécifiquement aux objectifs poursuivis par les programmes de médecine familiale. Il est aisé d'imaginer l'ampleur d'une telle étude. Le comité n'en a pas reçu le mandat. Il n'en avait ni les moyens ni le temps.

[1] Environ 110 internes par année (Tableau XX, page 171).

Toutefois, chaque université offre un programme de médecine familiale dont le nombre de postes est limité et, bien que cette discipline ne soit pas reconnue comme une spécialité en ce sens qu'elle ne donne droit à aucun privilège de pratique professionnelle, les demandes d'admission dans les programmes ont été et sont toujours supérieures à leur capacité d'accueil, ce qui témoigne d'un besoin ressenti par les étudiants. Le comité a décidé d'intégrer ces programmes à l'étude ne serait-ce qu'en raison de leur achalandage important et en progression constante.

2. Ensemble des facteurs dont on devrait tenir compte lors d'une étude de rationalisation des programmes de formation

2.1 L'objectif majeur des programmes de formation est de répondre aux besoins de la population

Actuellement, tout nouveau programme d'enseignement que ce soit au niveau collégial ou universitaire doit en premier lieu faire la preuve qu'il répond à un besoin de la société. Par contre, on ne demande pas aux programmes déjà en place de faire la preuve de cette préoccupation; cette remarque vaut non seulement pour les programmes de spécialisation médicale mais pour l'ensemble des programmes universitaires.

2.1.1 Les besoins en santé de la population

Les études de besoins en main-d'oeuvre médicale entreprises aux États-Unis, au Canada et en Ontario ont demandé des efforts considérables. Elles ont tenté de chiffrer les besoins en médecins spécialistes, par spécialité, à l'échelle nationale et provinciale. Cependant, lorsqu'on lit l'énumération des facteurs retenus par les auteurs les obligeant à être circonspects devant les chiffres proposés, on peut s'interroger sur la valeur prédictive de cet exercice mathématique.[1]

En effet, l'analyse et les projections sont faites à partir d'un système de distribution de soins connu. Or, la productivité des médecins se modifie, d'autres professionnels de la santé vont intervenir dans la distribution des soins, les données scientifiques, en particulier épidémiologiques avec leurs applications vont se répercuter sur l'histoire naturelle des maladies. En outre, l'utilisation de ratio médecin/population tient mal compte de la distribution géographique de la population et ne tient pas compte du champ d'activité réel des différents spécialistes. En effet, en 1965, 55% des américains recevaient des soins primaires de façon régulière par un médecin «attitré». Une fois sur cinq, ce médecin de première ligne était un spécialiste.[2] On peut postuler qu'au Québec la situation est sinon identique au moins semblable. Les études de main-d'oeuvre devraient donc tenir compte de la façon dont sont dispensés réellement les soins médicaux.

Les besoins varient d'une région à l'autre et même parfois d'une collectivité à l'autre.[3] On peut facilement comprendre que les besoins de la population d'une région minière diffèrent quelque peu de ceux des résidents d'une banlieue cossue. Il semble que les besoins de main-d'oeuvre médicale d'un pays ou d'une province n'auront de signification que lorsqu'ils seront la somme des besoins régionaux évalués à partir des données épidémiologiques ainsi que des besoins et des ressources locaux. Au Québec, les centres régionaux de santé et des services sociaux (CRSSS) sont en train de réaliser cette opération pour les secteurs desservis par les hôpitaux d'enseignement.

Les réticences qui viennent d'être faites s'appliquent à l'étude récente sur les effectifs en médecins spécialistes au Québec[4] puisque l'auteur utilise des ratios médecin/population. De plus, les ratios utilisés ont été établis pour l'Ontario et pour l'ensemble du Canada alors que leurs politiques concernant la distribution des soins diffèrent notablement de celles du Québec; par ailleurs, le champ d'activité de chacune des spécialités du Québec est beaucoup plus circonscrit que celui des autres provinces canadiennes. On a déjà vu les conclusions de cette étude dans le Chapitre 1, page 127.

Le comité a de son côté fait un exercice pour tenter d'identifier les spécialités où il y avait vraisemblablement une carence évidente ou un surplus évident de résidents. Il s'agissait de calculer combien il fau-

---

(1) Comité national de la main-d'oeuvre médicale. Besoins en main-d'oeuvre médicale au Canada. Rapport du comité des besoins, troisième partie. Santé et Bien-être social-Canada.

(2) Aiken L.H., Lewis C.E., Craig Y. Mendenhall R.C., Blendon R.J., Rogers D.E. The Contribution of Specialists to the Delivery of Primary Care. A new Perspective. N. Engl. J. Med 300: 24: 1363 - 70, 1979.

(3) Holden, W.D. A Perspective of Physician Manpower. N. Engl. H. Med. 300:0 493-95 - 1979.

(4) Les effectifs en médecins spécialistes au Québec. Situation relative et projection. Andrée Morissette - Août 1978.

drait de résidents dans chacune des spécialités pour assurer le maintien des effectifs professionnels actuels. On trouvera à l'Annexe VII, page 293, la méthode employée, ses limites et les résultats de l'exercice.

À partir de cet exercice, il serait difficile de justifier des mesures incitatives ou restrictives majeures pour la plupart des spécialités car l'achalandage actuel des programmes est proche de l'achalandage nécessaire au maintien des effectifs. Par contre, il semble indiquer que l'obstétrique-gynécologie s'achemine vers un excès d'effectifs professionnels ainsi que la pédiatrie et l'ophtalmologie bien qu'à un moindre degré tandis que l'anatomo-pathologie, l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie et la radiologie aggravent leur déficit actuel.

Ces conclusions sont superposables en partie seulement à celles de l'étude du ministère des Affaires sociales.[1] Le bilan effectué à partir de ratios spécialistes/population montre un excès de plus de 25% dans 13 spécialités et une pénurie dans les mêmes spécialités identifiées par le comité sauf pour la psychiatrie qui est trouvée en excès. Ce bilan prévoit également une pénurie en physiâtrie et en médecine nucléaire. Or, il est difficile de se prononcer sur les besoins en physiâtrie alors que son champ d'activité est disputé par les physiothérapeutes et sur les besoins en médecins de médecine nucléaire tant et aussi longtemps que l'on n'aura pas démontré que l'avènement de nouvelles techniques d'examens permet une amélioration réelle des soins et une diminution du nombre des examens effectués antérieurement.

Pour les quatre spécialités en déficit évident, soit l'anatomo-pathologie, l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie et la radiologie, il faudrait prévoir rapidement des incitatifs à l'exercice de ces spécialités avant de recourir à l'imposition de quotas spécifiques. En attendant, ce n'est surement pas le moment de fermer un programme de l'une ou l'autre de ces spécialités.

[1] Les effectifs en médecins spécialistes au Québec. Situation relative et projection. Andrée Morissette - Août 1978.

Tableau V

Implications du contingentement des postes rémunérés d'internes et de résidents sur l'achalandage des programmes de spécialisation médicale. (Données publiées par la C.P.M.Q.)

	Nombre total d'internes et de résidents		Nombre d'internes rotatoires et multidisciplinaires	Nombre de résidents incluant les internes unidisciplinaires et les résidents I et II de médecine familiale[4]	
	M.C., M.R.C. M.R. inclus[2]	M.C., M.R.C. M.R. exclus	(R1 de médecine familiale exclus)[3]	M.C., M.R.C. M.R. inclus	M.C., M.R.C. M.R. exclus
1974-75[1] (déc. 74)	2 139	?	410	1 729	? (91 M.F.)
1975-76[1] (déc. 75)	2 094	2 056	401	1 683	1 655 (115 M.F.)
1976-77[1] (déc. 76)	2 110	2 075	476	1 634	1 599 (136 M.F.)
1977-78[1] (sept. 77)	2 042	1 994	479	1 563	1 515 (174 M.F.)
1978-79[1] (sept. 78)	1 948	1 854	440	1 508	1 414 (182 M.F.)
1979-80[1] (déc. 79)	1 913	1 826	414	1 499	1 412 (201 M.F.)

[1] Tous les chiffres incluent les résidents reçus dans le cadre des accords intergouvernementaux.

[2] Les moniteurs de clinique et de recherche (M.C., M.R.C. et M.R.) *ne sont pas rémunérés* par le ministère des Affaires sociales.

[3] La résidence I de médecine familiale correspond à un internat multidisciplinaire particulier. Pendant les trois dernières années, il y eut 87, 91 puis 100 résidents I de médecine familiale.

[4] Le nombre de résidents I et II de médecine familiale est indiqué entre parenthèse.

2.1.2 *Les effectifs médicaux: état actuel, projection et ses limites*

Les effectifs médicaux dans la province de Québec[1] ont augmenté de façon notable depuis 1972. Le nombre total des médecins est passé de 9 040 (1972) à 12 279 (1978). Le nombre des médecins omnipraticiens est passé de 3 566 à 5 239 tandis que celui des médecins spécialistes est passé de 4 458 à 5 864. Le rapport médecin/population est passé de 1/671 (1972) à 1/514 (1978). Ce rapport est parmi les plus élevés au monde.

Tant que le nombre des admissions en médecine ne sera pas diminué, la modification de la croissance des médecins sera fonction de la diminution de l'accueil des médecins étrangers et fonction du taux d'attrition du corps médical. La modification du nombre de médecins spécialistes va dépendre en plus du choix de carrière des étudiants et du contingentement des postes d'internes et de résidents puisque ce contingentement se répercute davantage sur les programmes de résidence (Tableau V, page 134). En effet, le nombre d'internes est incompressible tant que le nombre des admissions est fixe et l'internat ne dure qu'un an tandis que les programmes de résidence durent 4 ans.

La réduction du nombre de postes d'internes et de résidents rémunérés par le ministère des Affaires sociales «s'inscrit dans un ensemble de mesures visant à favoriser la formation d'une plus grande proportion de médecins omnipraticiens».[2] On peut peut-être s'interroger sur la justesse de ce choix mais l'on doit surtout s'interroger sur l'ampleur de l'objectif à atteindre, dans cette voie. L'objectif déclaré du ministère est d'atteindre un rapport omnipraticiens/spécialistes de 60/40 vers l'an 2 000. Le rapport en 1978 était de 46.8/53.2 et la tendance naturelle est une augmentation du nombre des omnipraticiens plus rapide que celle du nombre des spécialistes (Tableau VI, ci-dessous). Le renversement de la tendance dominante à la spécialisation chez les étudiants en médecine est apparu pendant les années '70, avant le contingentement, par une revalorisation professionnelle et pécuniaire de la pratique générale.

Pour revenir à la situation des effectifs médicaux au Québec de 1976 à 1978 avec projection pour 1982, on doit noter que plusieurs éléments limiteront la valeur prédictive de l'analyse, en particulier l'âge moyen des effectifs en place, l'augmentation des effectifs féminins, la modification du mode d'exercice et du mode de rémunération.

L'âge moyen des effectifs en place

On doit tenir compte de l'âge moyen des effectifs en place et éventuellement de la concentration de mé-

[1] CONTANDRIOPOULOS, A.P. Les effectifs médicaux au Québec: situation de 1976 à 1978 et projection en 1982. C.P.M.Q. - juin 1979.

[2] Circulaire du MAS 44-30-01 émise le 24 janvier 1979 ayant pour objet la détermination des postes rémunérés d'internes et de résidents pour l'année universitaire 1979-80.

Tableau VI

Répartition des médecins omnipraticiens et spécialistes au Québec entre 1955 et 1978

	Omnipraticiens		Spécialistes		Total	
	N	%	N	%	N	%
1955[1]	2 043	50,6	1 990	49,4	4 033	100
1960[1]	2 470	48,9	2 583	51,1	5 053	100
1965[1]	2 708	49,9	3 316	55,1	6 024	100
1972[2]	3 328	43,4	4 338	56,6	7 666	100
1974[2]	3 715	43,3	4 830	56,5	8 545	100
1976[2]	4 172	44,1	5 280	55,9	9 452	100
1977[2]	4 477	45,5	5 359	54,5	9 836	100
1978[2]	4 734	46,8	5 384	53,2	10 118	100

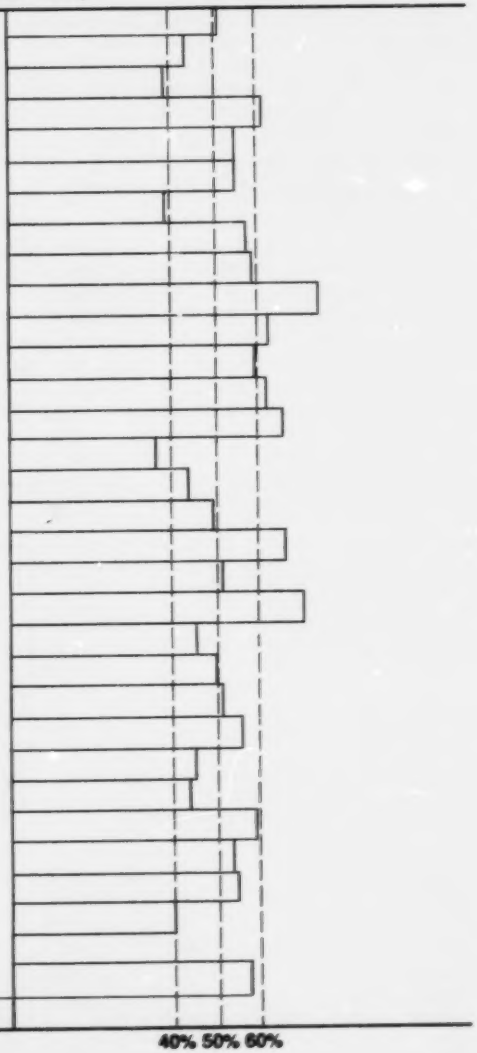
[1] BOZZINI, L., et CONTANDRIOPOULOS, A.P., «La pratique médicale au Québec: Mythes et réalités, *Sociologie et société* IX (1). 1977. Tableau III — Les résidents sont exclus mais les médecins demeurant hors du Québec sont inclus.

[2] CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. *Les effectifs médicaux au Québec*. Corporation professionnelle des médecins, différentes années. Les résidents et les médecins demeurant hors du Québec sont exclus.

Tableau VII

Pourcentage des médecins spécialistes ayant moins de *45 ans* dans chaque spécialité. Le clivage est fait à 45 ans car il correspond au 50/50 pour l'ensemble du groupe (Statistiques annuelles de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec 1978)

Allergie	47%	18/38
Anatomo-pathologie	43%	81/188
Anesthésie-réanimation	39%	169/432
Biochimie médicale	60%	12/20
Cardiologie	52%	126/239
Chirurgie C.V.T.	52%	30/57
Chirurgie générale	38%	218/579
Chirurgie orthopédique	58%	138/237
Chirurgie plastique	59%	44/74
Dermatologie	73%	77/105
Endocrinologie	62%	54/87
Gastro-entérologie	59%	59/100
Hématologie	62%	71/115
Médecine familiale	—	—
Médecine interne	35%	88/255
Médecine nucléaire	42%	13/31
Microbiologie médicale	49%	32/65
Néphrologie	65%	51/78
Neurochirurgie	51%	28/54
Neurologie	70%	94/134
Obstétrique gynécologie	44%	161/364
Ophtalmologie	49%	102/209
Oto-rhino-laryngologie	50%	87/173
Pédiatrie	55%	193/346
Physiatrie	45%	24/53
Pneumologie	43%	49/113
Psychiatrie	58%	365/629
Radiologie diagnostique	52%	199/384
Radiothérapie	53%	16/30
Rhumatologie	44%	17/39
Santé communautaire	—	—
Urologie	54%	67/124
Total	**50%**	**2 688/5 366**



decins ayant le même âge dans certaines spécialités si on veut prévoir le renouvellement des effectifs tant professionnels qu'universitaires. Le Tableau VII, page 136, montre que les médecins spécialistes se répartissent en deux groupes égaux autour de 45 ans. La comparaison de chacun des groupes de spécialistes par rapport à cette ligne de clivage montre que trois groupes sont nettement plus âgés que l'ensemble: les anesthésistes-réanimateurs (39% ont moins de 45 ans), les chirurgiens généraux (38%) et les médecins internistes (35%); inversement, six sont nettement plus jeunes que l'ensemble du groupe: les biochimistes (60%), les dermatologistes (73%), les endocrinologues (62%), les hématologistes (62%), les néphrologues (65%) et les neurologues (70%). Ces données apparaîtront lors de l'analyse des programmes, spécialité par spécialité (Chapitre 6).

Les effectifs féminins

L'augmentation importante du nombre de femmes admises en médecine peut limiter la valeur prédictive des projections faite à partir des effectifs en place si, entre autres, leur productivité et leur choix de carrière sont différents de ceux des hommes.

Alors que des doutes sont parfois émis sur la productivité professionnelle des femmes, on sait maintenant que le rendement féminin est équivalent à celui de l'homme dans la pratique professionnelle médicale.[1] Par contre, le temps de pratique hebdomadaire de celles-ci est moindre de sorte que pour effectuer la même masse de services, on doit avoir un plus grand nombre d'effectifs. Le Tableau VIII, ci-dessous, montre l'augmentation rapide des effectifs féminins de sorte qu'en 1978, 11,2% des médecins étaient des femmes: elles représentaient 15,4% des omnipraticiens et 7,5% des médecins spécialistes.[2] Pour les années 1978 à 1981, a proportion des effectifs féminins qui obtiendront leur diplôme de doctorat en médecine sera de 29%, 33%, 36% et 37%.[3] Il est difficile de prévoir avec précision les répercussions de ce phénomène sur la distribution des soins en général et des soins spécialisés en particulier car ces chiffres montrent qu'actuellement les femmes se dirigent davantage vers la pratique générale. S'agit-il d'un choix de carrière différent de celui des hommes, ou bien est-ce relié à une hésitation à entreprendre quatre années d'études généralement très mobilisantes en temps et en énergie peu compatibles avec les contraintes des maternités?

De plus, le Tableau X, page 138, montre que le taux d'échec aux examens de certification fut plus élevé chez les candidats féminins sauf pour la dernière année. Ce taux d'échec plus élevé est-il relié à une adaptation difficile des femmes aux programmes de résidence ou bien dénote-t-il d'une mauvaise adaptation des programmes de résidence aux contraintes de vie des femmes à cet âge? L'explication est probablement multifactorielle. Toutefois, avant d'incriminer les programmes de résidence, il

(1) CONTANDRIOPOULOS, A.P., RIVARD, J.Y., l'Activité professionnelle des femmes médecins au Québec. Bulletin de la CPMQ vol. XVI: 1er janvier 1976.

(2) Les effectifs médicaux au Québec, juin 1979. Tableau III.

(3) Les effectifs médicaux au Québec, juin 1979. Tableau XII.

Tableau VIII

Évolution du nombre et du pourcentage de médecins omnipraticiens et spécialistes, par sexe, de 1972 à 1978 au Québec (Les effectifs médicaux au Québec, juin 1979, C.P.M.Q.)

		1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Omnipraticiens	H	3 313	3 434	3 703	3 790	4 057	4 231	4 434
	%	(92.9)	(92.0)	(91.4)	(89.6)	(88.2)	(86.3)	(84.6)
	F	254	298	349	441	541	673	805
	%	(7.1)	(8.0)	(8.6)	(10.4)	(11.8)	(13.7)	(15.4)
Spécialistes	H	4 224	4 448	4 737	4 971	5 183	5 296	5 425
	%	(94.8)	(94.5)	(93.8)	(93.6)	(93.3)	(92.9)	(92.5)
	F	234	258	311	340	373	405	439
	%	(5.2)	(5.5)	(6.2)	(6.4)	(6.7)	(7.1)	(7.5)
Total	**H**	**7 537**	**7 882**	**8 440**	**8 761**	**9 240**	**9 527**	**9 859**
	%	**(93.9)**	**(93.4)**	**(92.7)**	**(91.8)**	**(91.0)**	**(89.8)**	**(91.1)**
	F	**488**	**556**	**660**	**781**	**914**	**1 078**	**1 244**
	%	**(6.1)**	**(6.6)**	**(7.3)**	**(8.2)**	**(9.0)**	**(10.2)**	**(11.2)**

Tableau X

Résultats aux examens de certification en spécialité médicale pour les années 1975 à 1979. L'ensemble du tableau est fait avec les résultats obtenus *avant* la reprise de février de chaque année. Les taux d'échecs après la reprise de février ne sont indiqués que pour l'ensemble des candidats (données publiées par la C.P.M.Q.)

	1975	1976	1977	1978	1979
Nombre total de candidats	565	504	499	477	471
candidats masculins	490	412	410	391	369
candidats féminins	75	92	89	86	102
candidats diplômés du Québec	300	260	314	288	296
candidats diplômés du Canada & USA	75	72	46	49	68
candidats diplômés hors Canada & USA	190	172	139	140	107
nombre total d'échecs	207	192	193	148	114
taux d'échec total AVANT REPRISE	36.6% 207/565	38% 192/504	38.6% 193/499	31% 148/477	24.2% 114/471
taux d'échec des candidats masculins	34.9% 171/490	37.9% 156/412	38% 156/410	29.4% 115/391	26.3% 97/369
taux d'échec des candidats féminins	48% 36/75	39.6% 36/92	41.6% 37/89	38.3% 33/86	16.7% 17/102
taux d'échec des diplômés du Québec	24% 72/300	29.6% 77/260	28.7% 90/314	26% 75/288	21.9% 65/296
taux d'échec des diplômés Canada et USA.	28% 21/75	29.1% 21/72	33% 15/46	16.3% 8/49	11.7% 8/68
taux d'échec des diplômés hors Canada et USA.	60% 114/190	54.6% 94/172	63.4% 88/139	46.4% 65/140	37.9% 41/107
taux d'échec total APRÈS LA REPRISE DE FÉVRIER	**32.9%**	**30.9%**	**30.3%**	**25.1%**	**17.1%**

faudrait regarder comment les mêmes promotions d'étudiants et d'étudiantes se sont comportés lors de l'obtention du m.d. Le comité n'a pu trouver le temps de recueillir les données requises pour effectuer cette vérification.

Même si l'augmentation des effectifs féminins est moins ressentie chez les médecins spécialistes que chez les médecins de pratique générale, il est important de vérifier si cette augmentation s'est assortie d'une nouvelle distribution des femmes dans les différentes spécialités (Tableau XI, page 140).

Pour l'ensemble des spécialités, la proportion des femmes certifiées représente près de 17% du nombre total de certifiés, en moyenne, pendant les années 1975 à 1979.[1] Si l'on compare ce pourcentage moyen au pourcentage observé dans chacune des spécialités pour ces mêmes années, en ne retenant que les spécialités où l'on a plus d'une femme certifiée par année, on observe une proportion de femmes supérieure à 17% en:

— anatomo-pathologie	36%	(9 sur 25)
— anesthésie-réanimation	19%	(12 sur 62)
— dermatologie	27%	(12 sur 43)
— endocrinologie	31%	(9 sur 29)
— hématologie	21%	(6 sur 28)
— ophtalmologie	19%	(11 sur 55)
— pédiatrie	25%	(26 sur 102)

On continue donc d'observer une certaine concentration féminine dans les disciplines qui ont traditionnellement attiré les femmes et elles demeurent absentes des disciplines chirurgicales.

L'ensemble de ces données montrent que l'augmentation des femmes admises en médecine a pour le moment un effet modeste sur les effectifs

[1] Cette moyenne a été calculée à partir des données du Tableau X.

spécialisés: leur proportion et leur répartition se modifient moins que le comité ne le pensait. De plus, les taux d'échecs deviennent comparables à ceux observés chez les hommes. Par contre, l'attraction vers la spécialité demeure moindre. Lors des consultations dans les universités, le comité a exploré la réaction des résidents et résidentes vis-à-vis de la possibilité d'organiser des études à temps partiel pour les femmes désirant des enfants en cours de résidence. Les réactions féminines vont depuis la volonté de concilier harmonieusement maternités et résidence grâce à un programme à temps partiel jusqu'au vif désir de ne pas bénéficier, en tant que femme, d'un «régime de faveur». Les résidents restèrent assez indifférents à cette proposition sauf quelques-uns désirant voir cette possibilité offerte à tous les candidats, hommes et femmes.

Le comité estime prématuré de faire des recommandations précises à ce sujet tout en souhaitant que les facultés de médecine et la Corporation soient assez souples à l'égard de telles demandes lorsqu'elles sont justifiées.

La modification du mode de pratique

La conception du mode d'exercice chez les jeunes médecins et les étudiants se modifie; il semble que la vie professionnelle ne soit plus l'objet *exclusif* de leurs préoccupations, ce dont on ne saurait les blâmer. De plus, un désir d'humaniser les soins requiert une plus grande disponibilité, du seul point de vue du temps. Il est probable que les nouveaux effectifs vont diminuer leurs heures de pratique professionnelle, augmenter la durée de leurs actes et ce d'autant plus facilement qu'on entre dans une période de saturation du marché.

Tableau XI (1ère partie)

Pourcentage des effectifs féminins dans chacune des spécialités médicales évalué à partir des candidats ayant réussi les examens de certification de la CPMQ pendant les années 1975 à 1979.

	1975 Nombre de succès aux examens		1976 Nombre de succès aux examens		1977 Nombre de succès aux examens		1978 Nombre de succès aux examens		1979 Nombre de succès aux examens		Total Nombre de succès aux examens	
	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	F/T	%
Allergie	2	—	3	—	1	—	5	3	1	—	3/12	25%
Anatomie-pathologie	12	4	4	2	10	2	3	1	13	5	14/42	33%
Anesthésie-réanimation	21	3	11	5	18	2	12	2	16	6	18/78	23%
Biochimie médicale	2	—	4	1	1	—	2	1	3	1	3/12	25%
Cardiologie	21	—	16	2	12	—	15	—	9	—	2/75	2.6%
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	6	—	1	—	4	—	2	—	4	—	0/16	0%
Chirurgie générale	25	—	22	1	30	4	19	—	25	1	6/121	4.9%
Chirurgie orthopédique	18	—	14	—	10	—	14	—	15	—	0/71	0%
Chirurgie plastique	4	—	5	1	4	—	7	—	4	—	1/24	4%
Dermatologie	15	5	7	2	10	3	11	2	7	4	16/50	32%
Endocrinologie	6	2	6	2	10	2	7	3	4	1	10/33	30%
Gastro-entérologie	5	—	6	—	13	—	13	1	11	—	1/48	2%
Hématologie	6	—	6	1	7	2	9	3	9	2	8/37	22%
Hygiène et santé publique	1	—	2	—	1	1	—	—	—	—	1/4	25%
Médecine interne (f. complète)	23	1	17	1	17	1	26	1	48	3	7/131	5.3%
Médecine nucléaire	1	—	3	—	—	—	1	—	1	—	0/6	0%

Tableau XI (2e partie)

Pourcentage des effectifs féminins dans chacune des spécialités médicales évalué à partir des candidats ayant réussi les examens de certification de la CPMQ pendant les années 1975 à 1979.

	1975 Nombre de succès aux examens		1976 Nombre de succès aux examens		1977 Nombre de succès aux examens		1978 Nombre de succès aux examens		1979 Nombre de succès aux examens		Total Nombre de succès aux examens	
	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	Total	féminin	F/T	%
Microbiologie médicale	7	2	5	1	3	—	7	—	5	2	5/27	18%
Néphrologie	8	—	9	2	3	—	11	2	6	—	4/37	11%
Neurochirurgie	1	—	1	—	1	—	2	2	5	—	2/10	20%
Neurologie et électro-encéphalographie	13	—	9	2	9	1	9	2	10	2	7/50	14%
Obstétrique & gynécologie	22	1	17	1	15	2	28	3	34	8	15/116	13%
Ophtalmologie	11	3	13	1	12	4	19	3	11	5	16/66	24%
Oto-rhino-laryngologie	7	—	8	—	11	—	7	—	10	2	2/43	4.6%
Pédiatrie (f. complète)	25	8	26	7	27	2	24	9	16	6	32/120	27%
Psyatrie	1	—	0	—	3	—	—	—	3	—	0/7	0%
Pneumologie	7	—	13	1	9	1	12	1	9	1	4/50	8%
Psychiatrie	39	2	30	9	35	8	23	2	34	13	34/161	21%
Radiologie diagnostique	20	3	28	4	23	5	13	1	20	6	10/104	18%
Radiothérapie	1	—	1	—	—	—	3	2	—	—	2/5	40%
Rhumatologie	—	—	3	1	8	—	2	1	4	—	2/17	12%
Santé communautaire	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-/-	—
Urologie	6	—	3	—	6	—	5	—	3	—	0/23	0%

Les modifications dans le mode de rémunération

Les modifications dans le mode de rémunération ne sont pas sans effet sur le mode de pratique. Il semble en effet que le plafonnement des revenus des médecins omnipraticiens commence à ralentir leurs activités professionnelles et ce ralentissement serait davantage relié à un abaissement du nombre de jours travaillés plutôt qu'à une diminution du nombre d'actes dispensés quotidiennement.[1] Toutefois, il n'est pas montré que ce ralentissement justifie une augmentation du nombre des effectifs. Il n'existe aucune donnée similaire pour les médecins spécialistes.

Même si la question du mode de rémunération des médecins est d'actualité,[2] on peut difficilement prévoir quelles orientation politiques vont être prises et dans quels délais, de sorte que l'évaluation des effets des changements dans le mode de rémunération des médecins sur les besoins en main-d'oeuvre médicale spécialisée est actuellement purement spéculative.

2.1.3 La répartition des effectifs médicaux

L'atteinte d'un rapport médecin spécialiste/population acceptable, si tant est que l'on puisse définir un rapport acceptable, ne garantit pas la répartition harmonieuse de la main-d'oeuvre médicale spécialisée. Dans le cadre de cette étude, le comité n'est pas convaincu que l'existence de quatre programmes dans 23 spécialités et de trois programmes dans six autres, est un facteur de meilleure répartition des médecins spécialistes. Pour répondre à cette question, il faudrait faire une étude sur la distribution géographique des médecins spécialistes en fonction du lieu de leur formation post-doctorale. Comme on entre dans une ère de saturation du marché, la loi de l'offre et de la demande va devenir un facteur puissant dans le choix d'une spécialisation, beaucoup plus puissant que la disponibilité ou non d'un programme dans un endroit donné.

Il semble bien que les étudiants tiennent compte, entre autres choses, du facteur marché dans le choix d'une carrière. Par exemple, ils se demandent s'ils pourront exercer telle spécialité et à quel endroit. On doit, pour cette raison, tenir à leur disposition une information régulièrement mise à jour sur la distribution des effectifs médicaux afin d'éclairer leur choix.

2.1.4 L'émergence de nouveaux programmes

Une bonne façon, pour les programmes de formation, de répondre aux besoins de la population est d'être flexibles de sorte que de nouveaux besoins générés par la progression des connaissances scientifiques, par l'évolution des concepts de santé et de maladie, etc. entraînent des modifications dans les objectifs et le contenu des programmes. Ainsi, les hématologistes ont vu leurs activités s'étendre à l'oncologie et les microbiologistes à l'infectiologie et à la pharmacologie clinique. On devrait s'attendre à une redéfinition des objectifs et du contenu des programmes de formation dans ces spécialités afin de préparer les futurs professionnels à leurs nouvelles activités.

Lors de l'analyse des documents utilisés pour la présente étude, il est apparu qu'il existait quelques programmes de spécialisation ne donnant pas lieu à l'obtention d'un certificat de spécialité; il s'agit des programmes suivants:

- chirurgie pédiatrique (2 programmes)
- chirurgie thoracique (1 programme)
- infectiologie (1 programme)
- neuropathologie (1 programme)
- pathologie générale (1 programme)
- pharmacologie clinique (1 programme)
- médecine d'urgence (1 programme).

Ces programmes, notamment ceux dits de «sous-spécialité» ou de «surspécialisation» sont administrativement reliés à des programmes approuvés, donnent généralement lieu à 2 années supplémentaires de formation et sont organisés avec les ressources de différents départements et programmes. Par exemple, pour le programme de chirurgie pédiatrique de l'Université McGill, on exige que le résident ait d'abord complété sa formation en chirurgie générale; ensuite il doit faire 6 mois d'unité néo-natale (département de pédiatrie), 6 mois de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique ou d'urologie ou de chirurgie générale, puis 12 mois de prise en charge des unités de soins en chirurgie pédiatrique.

Il est intéressant de tenter de comprendre pourquoi ces programmes émergent et sont achalandés alors

---

[1] Effets de certaines mesures de la deuxième entente des médecins omnipraticiens sur leur activité dans le cadre du régime d'assurance-maladie. RAMQ — juin 1979.

[2] Le système des honoraires modulés. Rapport du comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec — mars 1980.

qu'ils ne donnent lieu à aucun privilège supplémentaire d'exercice professionnel au Québec. Des raisons parmi d'autres peuvent être avancées, elles sont différentes selon les cas et ne constituent qu'une partie de l'explication du phénomène. Pour la *médecine d'urgence*, on peut admettre qu'une certaine pression sociale s'exerce pour exiger des services d'urgence efficaces et, si possible, selon le modèle américain; en outre l'organisation professionnelle de la médecine d'urgence permet une vie agréable. Pour l'*oncologie*, la *pharmacologie clinique* et l'*infectiologie*, le développement accéléré des connaissances et la nécessité de les faire progresser rapidement ne sont pas étrangers à leur émergence en tant que discipline autonome. En outre, pour l'infectiologie, le nombre de spécialistes exerçant au Québec ayant été formés aux États-Unis est assez important pour motiver le désir d'une identification de groupe, d'autant plus que leur champ d'activité est assez bien délimité. L'existence d'une certification de spécialisation décernée par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada n'est pas sans lien avec la présence de programmes en *chirurgie pédiatrique*, en *chirurgie thoracique* et en *pathologie générale*. Pour la *neuropathologie* et peut-être aussi pour la chirurgie pédiatrique, on peut se demander si l'abondance des ressources et les besoins d'établissements surspécialisés (instituts et hôpitaux pédiatriques) n'ont pas motivé, en partie, l'organisation d'un programme de surspécialisation.

Si l'émergence d'une spécialité donne généralement lieu à l'organisation de nouveaux programmes, l'organisation de nouveaux programmes ne donne pas nécessairement lieu à l'émergence de nouvelles spécialités. L'organisation de nouveaux programmes à l'intérieur de programmes existants témoigne d'une assez bonne souplesse du système. Toutefois, cette souplesse, bonne en soi, a l'inconvénient d'éviter de donner une structure administrative propre à ces programmes, d'avoir à les défendre et du même coup évite de procéder à une analyse de besoins, à l'identification d'objectifs spécifiques et de s'exposer à l'évaluation par les pairs.

Dans une perspective strictement académique, il est regrettable que les universités soient, en quelque sorte, à la remorque des décisions corporatives quant à l'émergence de nouveaux programmes: pas de certification, pas de programme. Ainsi, le programme de pharmacologie clinique de l'Université McGill est suffisamment justifié aux yeux de la Corporation pour que 4 postes de médecine interne soient réservés aux résidents de ce programme[1] mais insuffisamment justifié pour constituer un programme autonome.

Un programme en émergence devrait au moins être considéré comme un projet pilote et, comme tel, devrait donner lieu à une évaluation après un nombre raisonnable d'années de fonctionnement, 5 ans par exemple. À la suite de cette évaluation, ou bien le programme est justifié et doit alors s'ériger en programme définitif et indépendant avec les exigences et les contraintes y afférant, ou bien ce programme doit cesser d'exister.

Il demeure surprenant que les universités ne défendent pas l'organisation d'un nouveau programme si elles sont convaincues de leur bien-fondé, indépendamment de l'existence ou non d'une certification professionnelle. Ces programmes donneraient lieu à une diplômation universitaire et l'on rejoint ici les préoccupations du comité sur la diplômation (page 158). Ainsi, il est dommage que l'Université McGill n'ait jamais soumis ses programmes d'infectiologie et de pharmacologie clinique à l'approbation du Conseil des universités alors qu'ils fonctionnent depuis environ 10 ans.

De son côté, la Corporation professionnelle des médecins du Québec continuerait d'appliquer les critères justifiant l'émergence d'une spécialité médicale, critères qu'elle a bien définis lorsque s'est posé le problème de la création d'une spécialité en gériatrie.[2] On peut les résumer ainsi:

- — une spécialité médicale doit s'appliquer à un champ de connaissance spécifique;
- — une spécialité médicale peut se justifier par l'utilisation d'une technologie spécifique;
- — la recherche dans cette discipline doit laisser prévoir une expansion du champ des connaissances et de leurs applications;
- — la création de cette spécialité doit concourir à l'amélioration de la distribution des soins;
- — on doit prévoir un nombre suffisant de spécialistes pour justifier l'organisation d'un groupe.

---

(1) Liste des agréments en vigueur le 1er juillet 1980. Corporation professionnelle des médecins du Québec — 1980-1981.

(2) La gériatrie. Rapport du Comité ad hoc présenté au Comité administratif de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. 1978.

En conclusion, comme il est difficile de cerner avec précision les besoins en santé de la population et en particulier les besoins en main-d'oeuvre médicale, il est peu rationnel de se servir des besoins de la population comme argument *majeur* de rationalisation des programmes de spécialisation. Le meilleur service que les programmes de formation peuvent offrir actuellement à la population consiste à mettre sur le marché des spécialistes compétents, *objectif directement relié à la valeur pédagogique des programmes*. Cette remarque n'est nullement en contradiction avec la nécessité d'adapter les objectifs et le contenu des programmes aux besoins de la population.

2.2 Les programmes de formation en spécialité médicale doivent répondre aux besoins de la clientèle étudiante

2.2.1 *La satisfaction des spécialistes en regard de leur formation*

Il serait intéressant d'avoir une perception du degré de satisfaction des médecins spécialistes en regard de la formation qu'ils ont reçue, une fois insérés dans la vie professionnelle. Peu d'études[1] ont été faites en ce sens et l'on peut se demander si elles ne répondraient pas à certaines préoccupations des responsables des programmes de formation.

Récemment, l'Association des internistes de la province de Québec a publié un mémoire fort pertinent sur le programme des études de médecine interne.[2]

On y remet en question le bien-fondé de former de la même façon un spécialiste qui exercera en Gaspésie et un spécialiste qui exercera dans un centre spécialisé de Montréal. Cette remarque constitue un argument en faveur de la nécessité de rendre les programmes de formation plus flexibles qu'ils ne le sont actuellement.

2.2.2 *La formation spécialisée acquise en dehors du Québec*

Des résidents ayant obtenu leur doctorat en médecine au Québec vont effectuer une partie de leur formation dans les autres provinces canadiennes, les États-Unis ou en Europe.

Le nombre des résidents qui vont acquérir une partie de leur formation *aux États-Unis* diminue actuellement en raison de restrictions survenues dans les normes d'immigration aux États-Unis depuis l'année 1976, normes encore plus sévères depuis 1978.

Le Tableau XII ci-dessous montre que le nombre de résidents étudiant aux États-Unis est passé de 186 (1973) à 80 (1977) alors que pendant cette même période, le nombre de médecins diplômés des États-Unis en formation dans les universités québécoises, soit comme résidents, soit comme moniteurs boursiers, était de 105 (1973) et 90 (1977) pour atteindre 42 en 1979. On voit donc qu'il y a un certain équilibre de la circulation des résidents entre le Québec et les États-Unis.

Nous ne pourrons faire la comparaison entre le Québec et les *autres provinces canadiennes* que pour l'année 1978-79 (Tableau IV, page 129). 164 résidents diplômés des autres provinces canadiennes étaient en formation au Québec tandis que 121 diplômés du Québec étaient dans les autres provinces.

(1) Survey of Royal Victoria Residents now Practicing. Department of Medicine 1974. H.M. Scott (non publié).

(2) Mémoire sur le curriculum des études en médecine interne. Association des internistes de la province de Québec. Avril 1979.

Tableau XII

Comparaison entre les diplômés (m.d.) du Québec étudiant aux États-Unis et les diplômés (m.d.) des États-Unis étudiant au Québec.

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Nombre de diplômés du Qué. dans les programmes de résidence aux États-Unis[1]	186	177	?	118	80	?	?
Nombre de diplômés des U.S.A. dans les programmes de résidence québécois[2]	105	137	114	110	90	77	42

(1) Medical Education in the United States 1977-1978. J.A.M.A. 240:2608-2628. Déc. 1978

(2) Données publiées par la CPMQ.

Pour tenter de savoir si les résidents allaient dans les autres provinces canadiennes et à l'étranger parce que certains programmes québécois étaient déficients, nous avons identifié les stages pour lesquels les résidents en formation au Québec sont sortis du Québec pendant leur formation. Cette analyse n'a porté que sur les candidats aux examens de certification de l'année 1979 (Annexe VI, page 287).

On apprend que 68 candidats diplômés des facultés de médecine du Québec sur 299[1] sont sortis de la province pour une durée moyenne de 1,8 année. 30% de ces étudiants étaient des résidents juniors, 40% des résidents seniors et 30% des résidents V et VI. On ne peut pas dire que ces candidats se répartissent dans la totalité des spécialités mais on n'observe toutefois aucune concentration significative dans l'une ou l'autre spécialité.

Dix candidats sur 68 sont allés acquérir une formation dans des spécialités non reconnues actuellement au Québec: la gériatrie, l'infectiologie, l'oncologie et la pharmacologie clinique.

En conséquence, il semble que les résidents changent de milieu pendant leur formation beaucoup plus pour élargir leurs horizons et s'exposer à des expériences et à des milieux différents que pour compenser des déficiences dans les programmes locaux. Il ne semble pas non plus qu'ils sortent à cause d'un manque de place dans les programmes québécois puisque dans 70% des cas il s'agit de résidents seniors.

2.2.3 *Les médecins diplômés en dehors du Québec en formation spécialisée dans les programmes québécois*

La politique du ministère des Affaires sociales vise à favoriser la formation d'une plus grande proportion de médecins omnipraticiens mais vise également à diminuer le nombre de diplômés étrangers (États-Unis et autres pays) dans les programmes québécois.

La directive du ministère des Affaires sociales de janvier 1979[2] indique que le nombre des RIII, RIV et RV diplômés hors Canada ne devra pas dépasser 15% du nombre total des internes et résidents et que le nombre de RI et RII diplômés hors Canada ne devra pas dépasser 10% dans chacune des facultés de médecine. La population des résidents étrangers dans les programmes québécois a notablement diminué (Tableaux XIII et XIV, pages 146 et 147) même si l'objectif n'est pas encore tout à fait atteint (Tableau XV, page 148). Il est intéressant de remarquer que le nombre des résidents immigrants diplômés en dehors de l'Amérique du Nord a commencé de dimimuer bien avant le contingentement des postes d'internes et de résidents en partie à cuase de la modification de la loi médicale qui abolit la nécessité d'avoir acquis la citoyenneté canadienne[3] pour obtenir un permis d'exercice.

Cette diminution des résidents étrangers va se répercuter de façon inégale sur les différents programmes. On peut s'interroger sur l'évolution du taux d'occupation de certains d'entre eux dont l'achalandage est très petit (Tableau XXII, page 184) ou constitué de nombreux diplômés étrangers (Annexe VIII, page 301).

Même si le nombre de résidents étrangers diminue, on doit s'inquiéter du fait que les taux d'échec aux examens de spécialité restent beaucoup plus élevés pour le groupe des diplômés hors Canada et hors États-Unis bien qu'ils se soient notablement améliorés (Tableau X, page 138). Cet écart est-il relié à leur formation pré-doctorale généralement très différente de la formation pré-doctorale nord-américaine? On constate d'ailleurs sur ce même tableau que les diplômés des États-Unis ont une meilleure performance aux examens de spécialité que la performance du groupe. On peut alors se demander si les programmes de résidence répondent suffisamment aux besoins des étudiants ayant fait leurs études pré-doctorales hors de l'Amérique du Nord?

Même si la sélection des candidats diplômés en dehors du Canada devient plus sévère en raison du contingentement, le comité se demande si les programmes de résidence ont suffisamment le souci de répondre aux besoins spécifiques d'étudiants ayant fait leurs études pré-doctorales en dehors du continent nord-américain, surtout pendant l'internat et les premières années de résidence.

---

(1) Sur 480 candidats aux examens de certification, 299 étaient diplômés (m.d.) du Québec (Tableau X, page 138).

(2) Détermination des postes rémunérés d'internes et de résidents pour l'année universitaire 1979-80. Circulaire no 44-30-01 du 79-01-24 émanant du ministère des Affaires sociales.

(3) Requerrant 5 ans de séjour au Canada avant d'être admissible à la citoyenneté.

Tableau XIII

Répartition des internes et des résidents, incluant les moniteurs de clinique et de recherche, dans la province de Québec selon l'origine du m.d., de 1965-66 à 1979-80.
(Rapports annuels de la Corporation professionnelle des médecins du Québec).

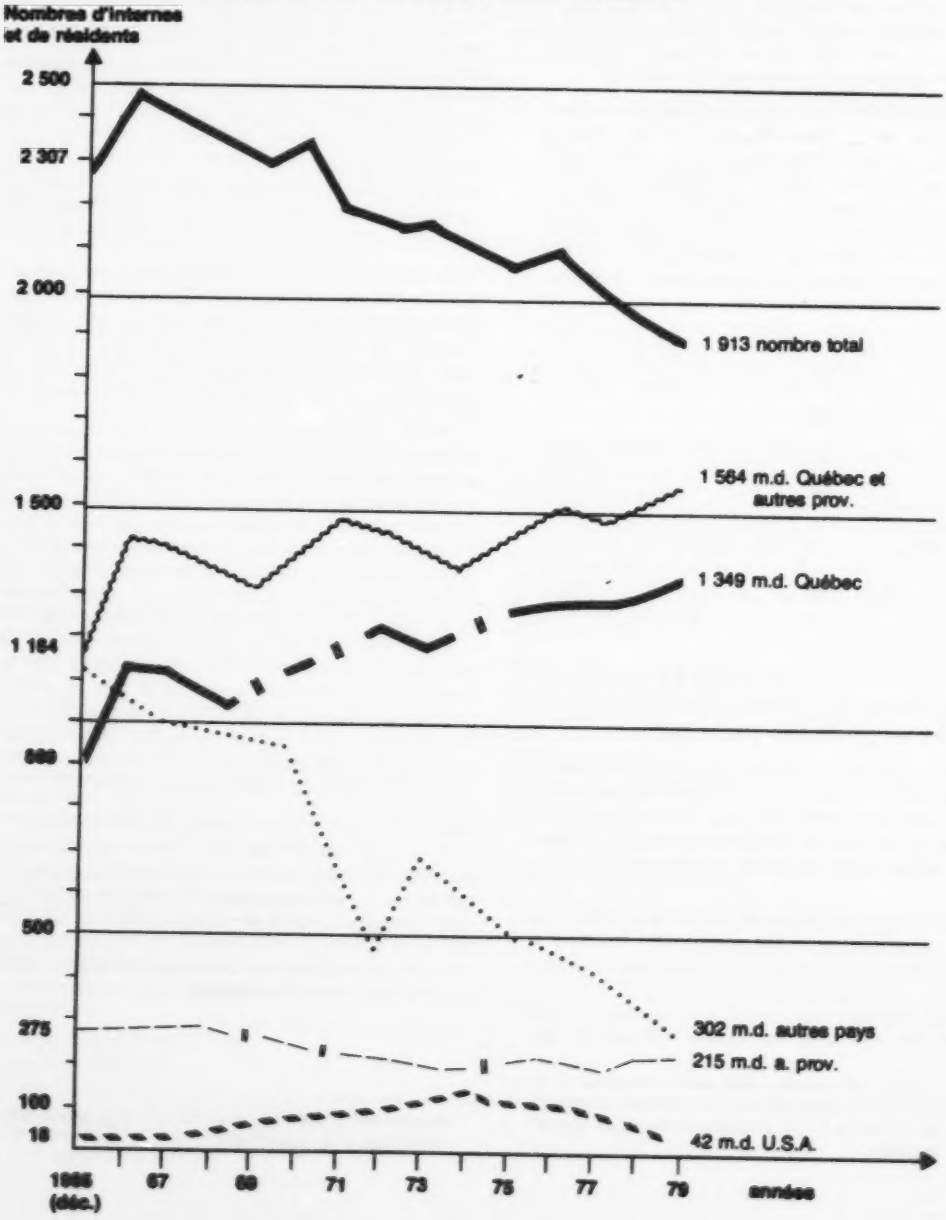


Tableau XIV

Répartition des internes et des résidents, incluant les moniteurs de clinique et de recherche, présents dans les programmes québécois, de 1974-75 à 1979-80.
(Rapports annuels de la Corporation professionnelle des médecins du Québec et données provenant du rapport Opération Sciences de la Santé).

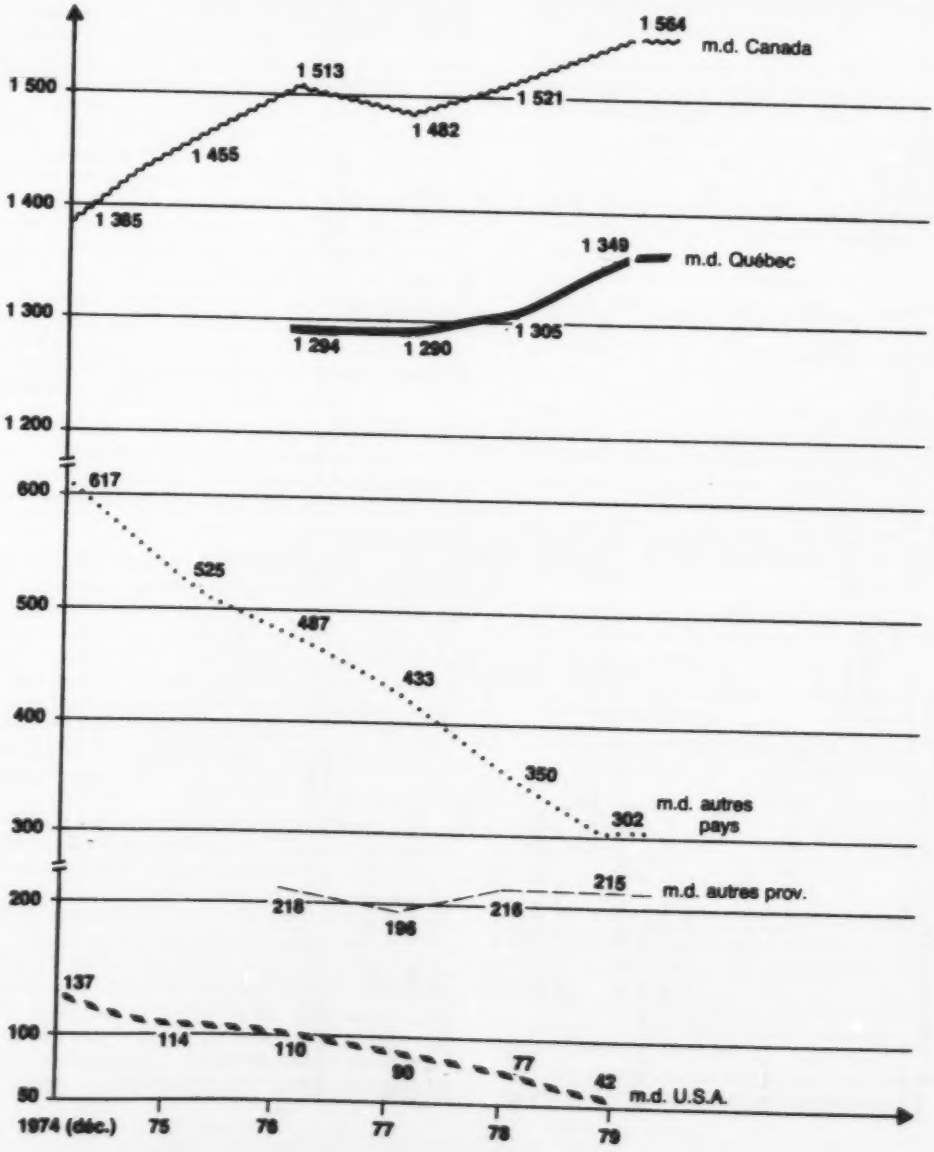


Tableau XV

Répartition des internes et résidents selon l'origine du diplôme dans les différentes universités du Québec au 31 décembre de chaque année (années 1976-77 à 1979-80. Données publiées par la CPMQ).

		1976-77		1977-78		1978-79		1979-80	
		Moniteurs[1] inclus	exclus	Moniteurs inclus	exclus	Moniteurs inclus	exclus	Moniteurs inclus	exclus
LAVAL	M.D. Québec	346	346	333	333	320	316	324	322
	M.D. autres provinces	3	3	3	3	1	1	0	0
	M.D. U.S.A.	1	1	0	0	0	0	0	0
	M.D. autres pays	47	47	50	50	34	33	26	25
	total:	**397**	**397**	**386**	**386**	**355**	**350**	**350**	**347**
MONTRÉAL	M.D. Québec	486	486	488	485	494	482	491	488
	M.D. autres provinces	8	8	10	10	7	7	14	14
	M.D. U.S.A.	4	)176	1	)151	1	)110	0	0
	M.D. autres pays	177	)	154	)	122	)	115	104
	total:	**675**	**670**	**653**	**646**	**624**	**599**	**620**	**606**
McGILL	M.D. Québec	369	365	357	349	369	353	402	381
	M.D. autres provinces	206	205	178	169	208	195	201	191
	M.D. U.S.A.	105		89		75		47	
	M.D. autres pays	227	)309	190	)255	163	)204	136	)145
	total:	**907**	**879**	**814**	**773**	**815**	**752**	**786**	**707**
SHER-BROOKE	M.D. Québec	93	91	112	112	122	121	132	132
	M.D. autres provinces	2	2	1	1	0	0	0	0
	M.D. U.S.A.	0	0	0	0	1	1	0	0
	M.D. autres pays	36	36	39	39	31	31	25	24
	total:	**131**	**129**	**152**	**152**	**154**	**153**	**157**	**156**

[1] Il s'agit des moniteurs («fellow») de clinique, de recherche et de clinique et de recherche, boursiers non rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

2.3 La rationalisation des programmes de spécialisation doit tendre, entre autres objectifs, à optimiser les coûts de formation

Le financement des programmes de spécialisation médicale au Québec relève du ministère de l'Éducation depuis 1970. Ce mode de financement est probablement unique au Canada et même en Amérique du Nord où il ne s'effectue, pour ces programmes, aucun financement par le biais de l'éducation. Quelques provinces canadiennes réclament actuellement un financement identique. Même si au Québec le ministère de l'Éducation finance les programmes de résidence, il faut reconnaître qu'une partie de l'enseignement est encore donnée bénévolement de sorte qu'on se situe entre le système français et le système britannique. En effet, en France, le ministère finance intégralement l'enseignement médical puisque *seuls* les plein-temps universitaires enseignent alors qu'en Grande-Bretagne, la formation post-doctorale est intégralement fondée sur le préceptorat de sorte que les coûts en salaire ne sont pas identifiés.

Avant 1970 au Québec, les professeurs plein-temps universitaires enseignaient surtout au premier cycle; la formation au niveau de l'internat et des résidences était fondée en grande partie sur un préceptorat bénévole.

En 1970, lors de la prise en charge des programmes de résidence par les universités, le ministère de l'Éducation a demandé aux universités d'établir les budgets requis pour l'enseignement post-doctoral. Les programmes se sont organisés, des structures administratives ont été mises en place et l'évaluation des coûts en salaire a été réalisée. Il s'agissait ici des coûts directs de l'enseignement et non des coûts indirects et des coûts supplémentaires dont nous parlerons plus loin.

L'analyse des formulaires financiers fournis chaque année par les universités au ministère de l'Éducation ne permet pas de cerner les coûts d'un programme. En effet, les *coûts directs* reliés à l'enseignement lui-même sont identifiables faculté par faculté mais non niveau par niveau (pré-doctoral, post-doctoral) et encore moins programme par programme car les enseignants des programmes de spécialisations sont aussi les enseignants du programme pré-doctoral. Peut-on distinguer avec précision la part du temps professoral consacrée aux uns et aux autres? En outre, les étudiants des programmes pré-doctoraux demandent généralement une présence professorale plus considérable que les étudiants des programmes post-gradués, sans oublier le temps consacré aux autres professionnels de la santé et à l'enseignement médical continu. On doit de plus remarquer qu'une partie de l'enseignement peut être assumée par des professeurs subventionnés pour des activités de recherche.

De plus, dans l'activité quotidienne de l'enseignement clinique, il est impossible de dissocier l'activité reliée aux soins de l'activité reliée à l'enseignement. Lorsqu'un radiologiste interprète des radiographies entouré de deux résidents, on ne peut cerner la fraction de son énergie et de ses compétences consacrée à l'étudiant et celle consacrée au malade. Lorsqu'un enseignant surveille un étudiant en train d'effectuer une technique complexe, l'activité «soins» au sens strict du terme est faite par l'étudiant mais le temps que l'enseignant consacre à le surveiller est généralement plus considérable que le temps qu'il aurait mis à effectuer la technique lui-même.

En outre, les programmes d'internat et de résidence se déroulent en milieu hospitalier de sorte qu'on doit se demander si l'enseignement augmente les coûts hospitaliers? La Direction générale du financement du ministère des Affaires sociales a pris des mesures pour tenter de cerner cette question[1] en comptabilisant pour chaque programme d'enseignement intra-hospitalier:

- les coûts **directs:** salaires et avantages sociaux, coûts directement imputés à l'enseignement;[2]
- les coûts **indirects** assumés pour les services généraux;
- les coûts **supplémentaires** occasionnés par la surutilisation de certains services.

Toute la question réside dans l'identification des coûts supplémentaires à cause de l'interrelation permanente des soins et de l'enseignement au niveau des actes médicaux.

Dans la méthode proposée, il est demandé aux administrateurs hospitaliers de relever un dossier tous les 100 dossiers et de préciser s'il s'agit d'un dossier

(1) Cahier de méthodologie de calcul des coûts de l'enseignement 1977. Ministère des Affaires sociales. Direction générale du financement.

(2) Il s'agit ici des budgets *hospitaliers* consacrés à l'enseignement et non des budgets universitaires.

où les étudiants sont intervenus ou bien s'il s'agit d'un dossier où les étudiants ne sont pas intervenus. On calcule alors la moyenne d'utilisation des facteurs retenus pour les deux catégories de dossiers et on fait un exercice mathématique pour évaluer la surutilisation. La méthodologie proposée est discutable puisque, dans de nombreux dossiers, les étudiants peuvent n'être intervenus que pour une partie des actes seulement.

Toutes ces restrictions étant faites, quand bien même aurait-on démontré que les hôpitaux d'enseignement coûtent plus cher que les hôpitaux où il ne se fait pas d'enseignement, on n'aurait pas pour autant démontré que l'enseignement est le facteur majeur de l'augmentation des coûts puisque ces hôpitaux dispensent en général des soins surspécialisés et des soins tertiaires qui demandent de gros moyens d'évaluation para-cliniques et de traitement.

Toutefois, même si l'on admettait que l'enseignement est un facteur important de l'augmentation des coûts hospitaliers, on n'aurait pas pour autant précisé si les coûts sont surtout imputables aux étudiants en médecine des programmes de résidence, aux étudiants en médecine du programme prédoctoral ou aux autres étudiants professionnels de la santé. On aura encore moins précisé que le programme de résidence en chirurgie générale d'une université, pour donner un exemple, coûte plus cher ou coûte moins cher que le programme de résidence en chirurgie générale d'une autre université.

Ces interrelations permanentes entre les différents programmes de formation (externat, internat, résidence, autres professions de la santé) et entre les soins et l'enseignement sont une entrave certaine à l'identification des coûts réels. Le comité se demande si elle est insurmontable en particulier au niveau de l'établissement des coûts directs, par programme.

Lors des visites de consultation dans les universités, le comité a remarqué un souci réel de la part des administrateurs universitaires à l'endroit des coûts des programmes en même temps qu'une certaine désillusion quand il s'agissait des coûts de l'enseignement clinique. Par contre, le même souci n'a pas été observé chez quelques directeurs de département ou de programme qui pensent que l'existence d'un programme de résidence, qu'il y ait ou non des résidents, ne change rien au budget global d'une faculté de médecine.

Le comité accepte difficilement cette assertion. Même si un résident effectue un stage dans un service où les médecins ne touchent aucun salaire ou forfait universitaire, ces médecins ne lui consacrent pas moins du temps... et qu'on le veuille ou non, «le temps, c'est de l'argent».

Il fut mentionné que lorsqu'un service reçoit un ou deux résidents de façon épisodique «on s'arrange pour les accommoder sans que cela ne dérange trop»... Le comité est convaincu que dans un tel contexte, on peut douter de la qualité pédagogique du stage.

S'il est probable que le maintien d'un programme de résidence n'augmente pas le budget global d'une faculté de médecine pour une année donnée, il est certain qu'il l'augmente à long terme. En effet, l'existence de ce programme, même s'il y a peu ou pas de résidents, va justifier des tâches universitaires et par là, mobiliser des enseignants qui pourraient se consacrer à d'autres étudiants; il va en outre justifier, à un moment donné, un recrutement professoral au détriment de secteurs ou d'objectifs prioritaires de l'établissement. Le maintien ou la fermeture de programmes à très petit achalandage pose le problème fondamental de l'allocation des ressources dans une conjoncture de restrictions budgétaires: est-il préférable pour les facultés de médecine de disperser temps, argent et énergie pour maintenir à tout prix tous les programmes, ou bien est-il préférable d'établir des priorités et d'allouer les ressources en conséquence?

Le comité est toutefois bien conscient qu'une limitation éventuelle du nombre de programmes ne va pas avoir des effets immédiats sur la réallocation des ressources car de nombreux facteurs entravent la mobilité des enseignants: les conventions collectives pour les universités Laval et de Montréal, les dispositions législatives de la Loi 103. On doit reconnaître cependant que le médecin enseignant qui n'a plus de résident dans sa spécialité a encore le privilège d'enseigner à des résidents de spécialités connexes, à des internes et à des externes.

Bien qu'il soit évident qu'il faille tenir compte des coûts des programmes lors d'une étude de rationalisation, le comité a acquis la certitude du caractère irréaliste d'une telle entreprise avec les données disponibles actuellement dans les universités, les hôpitaux et les ministères même s'il avait eu le temps et les ressources nécessaires pour la faire.

En conclusion, on doit admettre que c'est une obligation sociale de savoir ce que coûte tout système financé, même en partie, par les fonds publics. Cette remarque doit s'appliquer au domaine de la santé comme aux autres domaines. Une étude sérieuse de coûts ne pourra être faite que de façon prospective en prévoyant dans les budgets des années à venir des catégories permettant d'identifier les coûts réels.

Si le comité est persuadé qu'il est illusoire de se servir des coûts pour justifier une rationalisation des programmes, il est convaincu qu'une rationalisation des programmes se basant sur leur valeur pédagogique va avoir des retombées bénéfiques à long terme au niveau des coûts.

3. La rationalisation des programmes de spécialisation médicale: Les critères reliés à leur valeur pédagogique

Les critères majeurs de la rationalisation retenus par le comité sont reliés à la valeur pédagogique des programmes. S'il est difficile de définir ce qu'est un bon programme, il est relativement aisé de préciser les qualités d'un programme idéal et un programme sera d'autant meilleur qu'il se rapprochera de cet idéal.

Nous définirons les caractères d'un programme idéal en nous intéressant successivement

- — aux objectifs du programme
- — aux conditions d'admission
- — à la description du programme
- — aux ressources humaines, cliniques, matérielles et didactiques
- — à l'évaluation des étudiants
- — à l'évaluation du programme.

De plus, le comité s'est interrogé sur les répercussions de l'existence ou non de chaque programme de spécialisation sur les autres programmes d'une faculté de médecine: programme pré-doctoral, autres programmes de résidence, programmes de deuxième et troisième cycles universitaires.

Tout au long de ce chapitre, chaque critère retenu sera indiqué. Son numéro correspond à celui de la liste complète des critères retenus (Tableau XIX, page 169).

3.1 Les objectifs du programme

Critère 1

Les objectifs doivent être définis de façon suffisamment claire et précise pour que les étudiants et les enseignants en aient la même compréhension, même s'ils ne sont pas rédigés en terme de comportements observables. La pertinence des objectifs peut être analysée sous deux angles: celui des besoins de la population et des grandes orientations politiques de la santé et celui des besoins des étudiants selon le type de carrière professionnelle choisie. Il s'agit alors autant de la pertinence des objectifs que de l'adaptation des programmes aux besoins individuels qui doivent être la préoccupation des établissements universitaires, des responsables des programmes et des enseignants.

Pour des raisons évidentes d'expertise et de temps, le comité n'a pas évalué la pertinence des objectifs, il n'a pu que vérifier leur existence ou non dans chacun des programmes.

3.2 Les conditions d'admission

Critère 2

Les conditions d'admission doivent être précisées tant du point de vue de la formation et de l'expérience antérieures du candidat que du point de vue des diplômes requis.

3.3 La description du programme

Un principe fondamental de l'enseignement clinique est la prise progressive des responsabilités professionnelles. Or, les résidents deviendront des praticiens de la santé et/ou des universitaires.

Critère 3

Une description des responsabilités du résident tant sur le plan des soins que sur le plan de l'enseignement pour chaque niveau de résidence est nécessaire ne serait-ce que pour procéder à son évaluation tout au long de sa formation. Si un résident IV a les mêmes responsabilités qu'un résident III, on peut s'interroger sur la justification pédagogique de cette quatrième année surtout si le contenu des stages n'est pas nouveau.

Critère 4

Les objectifs et le contenu des différents stages doivent être précisés car on a déjà vu des stages obligatoires être plus justifiés par les besoins d'un service que par leur rôle dans la formation du résident. De plus, si un résident a déjà atteint les objectifs d'un stage, il peut, grâce à une identification claire des objectifs, choisir un autre stage qui lui convient.

Pour permettre une certaine flexibilité de la formation du résident,

Critère 5

On doit prévoir des stages optionnels (option parmi un éventail défini de stages possibles) *et des stages de libre choix*. Le comité tient à faire remarquer qu'un stage optionnel ne doit pas être la reprise d'un stage obligatoire (seulement justifiée par l'échec dudit stage) ni la possibilité «sur papier» de faire tel ou tel stage alors que les ressources du milieu ne permettent pas de les offrir. Une information précise concernant les secteurs d'excellence ou les champs d'intérêt spécifique des autres facultés de médecine de la province permettrait d'élargir le choix des résidents pour leurs stages optionnels et de libre choix.

Critère 6

La durée des stages ne doit pas être nécessairement définie a priori. Cette durée ne se justifie pas tant par l'acquisition des connaissances que par l'acquisition d'attitudes et d'habiletés techniques. La durée des stages doit finalement être fonction de l'atteinte des objectifs par l'étudiant, ce qui implique la mise en place d'un système d'évaluation en cours de formation directement relié aux objectifs. On assisterait alors à une revalorisation de l'évaluation en cours de formation puisqu'elle conduirait à une prise de décisions aussi concrète que l'allongement du stage en cours ou la possibilité d'entreprendre immédiatement un autre stage.

Lorsque des stages s'effectuent dans d'autres programmes, par exemple un stage de pneumologie pour le résident en anesthésie-réanimation,

Critère 7

Les objectifs du stage hors programme doivent être définis par le programme principal. La planification pédagogique du stage et l'évaluation du résident demeurent la responsabilité du programme d'accueil.

Critère 8

Lors de la planification des programmes, **les responsables doivent tenir compte de la complémentarité des différents milieux de formation** de la province. On vient d'y faire allusion à propos des stages optionnels. On peut même concevoir que certains stages soient obligatoirement effectués dans une autre faculté. Quoiqu'il en soit, que ce soit pour des stages obligatoires, optionnels ou de libre choix, les programmes doivent être *explicites* sur les ressources offertes par les autres facultés de médecine de la province et sur les modalités d'application de cette complémentarité des programmes.

Critère 9

On doit planifier les stratégies pédagogiques autres que l'enseignement clinique nécessaires à l'atteinte des objectifs du programme: séminaires, clubs de lecture, corrélations anatomo-cliniques, présentations cliniques, participation à l'enseignement pré-gradué, etc.

En dehors de ces activités pédagogiques traditionnelles, le comité s'attend à trouver dans les programmes de résidence des précisions concernant les cours hors programme, les activités de soins en clinique externe et l'apprentissage à l'évaluation de la qualité de l'acte médical.

Critère 10

En effet, pour certaines spécialités **des cours hors programme pourraient être soit exigés, soit recommandés,** par exemple un cours de nutrition de deuxième cycle universitaire pour les résidents en pédiatrie ou un cours de neuro-pathologie pour les résidents en neurologie. Le comité a l'impression qu'il existe un cloisonnement entre les programmes de résidence et les programmes de deuxième et troisième cycles. On verra si cette impression se vérifie lors de l'analyse des programmes.

L'apprentissage clinique des résidents s'effectue exclusivement en milieu hospitalier alors qu'une grande partie de leurs activités professionnelles consistera à donner des soins à des malades ambulants.

Critère 11

Pour cette raison, **le résident doit avoir des activités cliniques et des responsabilités de soins en clinique externe** prévues comme les autres activités afin qu'elles soient protégées et organisées matériellement.

Dans la mesure où le médecin spécialiste est la personne la plus compétente dans le champ de sa spécialité, on doit s'attendre à ce qu'il dispense des soins de haute qualité et qu'il sache vérifier la qualité des actes qu'il pose. Pour cette raison, dans un programme idéal, on doit prévoir

Critère 12

un apprentissage aux techniques d'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins.

Lors de la consultation des universités à propos de la présente étude, le comité a constaté qu'aucun des 40 résidents rencontrés ne différencie bien clairement ce que l'on entend par évaluation de l'acte

médical et évaluation de la qualité des soins. La notion d'évaluation de l'acte médical reste floue et reliée à diverses activités telles que:

— l'activité clinique quotidienne, par confrontation avec les enseignants et les autres résidents;

— la revue de protocoles thérapeutiques;

— la participation à des comités hospitaliers dits «de mortalité» et «de morbidité», ce qui n'est qu'une facette du problème;

— la revue de dossiers lors de confrontations anatomo-cliniques.

Les résidents ne semblent pas conscients que l'évaluation de l'acte médical se fait selon une méthodologie rigoureuse et qu'il convient de faire une différence entre l'évaluation de l'acte médical, l'évaluation de la qualité des soins et la recherche. Dans le premier cas, il s'agit de vérifier si la prise en charge des malades d'un médecin ou d'un groupe de médecins a été faite selon les normes de qualité reconnues comme étant les meilleures au moment de l'étude. Dans le deuxième cas, il s'agit d'évaluer l'impact sur la santé d'une population ou d'un groupe d'individus, d'un certain type de soins. L'évaluation de la qualité des soins comporte généralement outre la mesure de son impact sur la santé, l'évaluation du coût et du rendement du programme évalué. Quant à la recherche, quel que soit le domaine concerné, elle a pour finalité l'avancement du savoir.

Les informations recueillies lors de la consultation ont convaincu le comité de la nécessité de conserver ce critère lors de l'analyse des programmes.

Dans le document de travail que le comité a soumis aux universités pour consultation, la position vis-à-vis des

Critère 13

Stages de recherche était un peu utopique. Il était dit *«qu'idéalement*, chaque résident devrait être exposé pendant sa formation aux méthodologies de la recherche; à cette fin il devrait participer activement à un stage de recherche qui aurait ses objectifs propres, serait planifié et évalué car cette démarche est irremplaçable pour développer l'esprit critique et percevoir les limites de la médecine ainsi que ses propres limites». On ajoutait cependant qu'il était irréaliste de le rendre obligatoire actuellement.

Il semblait au comité que l'introduction d'un stage de recherche permettrait, peut-être, de redresser la barre d'une situation inquiétante dans la recherche clinique. Alors que la recherche bio-médicale est la recherche la plus subventionnée, on observe une désaffection des jeunes médecins pour la carrière de chercheur. Cette désaffection n'est pas spécifique au Québec; elle concerne l'ensemble du continent nord-américain. Aux États-Unis, 1 200 médecins ont entrepris une formation en recherche en 1977 alors qu'il y en eut 3 500 en 1974;[1] le nombre de médecins demandant des fonds de recherche en tant que chercheur principal nouveau près du National Institutes of Health a diminué de 35% (471 à 306) entre 1966 et 1975.[2]

Il est difficile pour le comité de juger si les inquiétudes généralement entretenues à propos de la désaffection des médecins à une carrière de chercheur sont justifiées, en particulier dans le milieu québécois. Il est toutefois probable qu'elles le soient.

Par ailleurs, une étude récente de l'Association des facultés de médecine canadienne[3] montre que de la première année de médecine à l'externat, environ 5% des étudiants se destinent à la recherche avec un plus fort attrait chez les garçons (4 à 8%) que chez les filles (2 à 5%) alors que 2,5% supplémentaires ont un certain intérêt pour la recherche mais n'y feront carrière que si les circonstances et les conditions matérielles sont favorables.

L'abandon du projet d'aller en recherche est relié soit à une expérience personnelle en recherche qui s'est avérée négative soit et surtout à l'insécurité matérielle des premières années d'une telle carrière. La conclusion est formelle: le véritable moyen de conserver les chercheurs potentiels provenant des facultés de médecine est d'améliorer les conditions d'emploi, le plan de carrière et la rémunération.

Le comité retient de cette étude que le vrai problème n'est pas de motiver n'importe quel résident à entreprendre une carrière de recherche mais de permettre aux résidents qui le désirent de faire un stage prolongé en recherche dans des conditions matérielles acceptables.

Il est vrai qu'actuellement, à de rares exceptions près, la recherche ne fait pas partie du programme de spécialisation même dans les départements

---

(1) AAMC. Ad hoc Committee on problems of training of clinical investigators. July 10, 1979.

(2) A new Physician Manpower Shortage: clinical investigators. New Engl. J. Med. 300: 10. 1108-09.

(3) The Attractiveness of Careers in Research to Canadian Medical Students. ACMC. 14 oct. 1979.

ayant une infrastructure de recherche solide et même dans ce cas, il n'y a pas nécessairement de lien ni d'échange entre le programme de résidence et les programmes de maîtrise et de doctorat.

Par contre, si les normes minimales de formation n'imposent pas explicitement de stages en recherche, elles ne l'interdisent toutefois pas. D'ailleurs, le comité d'examen des titres ne fait pas de difficulté pour reconnaître de tels stages lors de l'évaluation de l'admissibilité d'un candidat aux examens de spécialisation, à condition que les stages cliniques obligatoires aient été faits.

Le mode de financement des résidents ne favorise pas leur implication en recherche car ils sont payés pour dispenser des soins alors qu'une activité de recherche sérieuse suppose que le résident soit libéré de ses responsabilités cliniques. Lors des consultations, les rares résidents qui avaient effectué une année de recherche l'avaient réalisée en allongeant leur formation et dans des conditions matérielles difficiles. Le comité estime que le stage de recherche doit pouvoir s'effectuer pendant les 4 années de formation régulière et que le résident en stage de recherche conserve l'équivalent de son salaire quelle que soit la source de la rémunération.

Si l'amélioration des conditions matérielles d'un stage en recherche est importante, il est capital qu'il soit donné dans les programmes autant d'attention dans la planification d'un tel stage, même s'il est optionnel, que dans celle d'un stage clinique car une telle activité ne s'improvise pas. Il doit comporter des objectifs, les conditions de réalisation et son évaluation. Compte tenu des ressources humaines et matérielles requises, il est évident que l'ensemble des programmes ne pourra offrir un tel stage et la complémentarité provinciale prend encore ici tout son intérêt.

Le comité a retenu comme critère de la valeur pédagogique d'un programme l'existence d'un stage de recherche à condition que, lors de l'analyse des programmes, on trouve les conditions de réalisation du stage associées à la «possibilité» de le faire.

3.4 Les ressources humaines, cliniques, matérielles et didactiques

Idéalement, elles doivent être adéquates en quantité et en qualité.

Critère 14

Les qualifications et la tâche du directeur du programme doivent être définies: qualification professionnelle, expérience d'enseignement aux résidents, description de la fonction et des responsabilités, durée du mandat. Lors de l'analyse des programmes, nous nous sommes assurés seulement de la présence ou non d'un directeur de programme.

Critère 15

Les ressources professorales peuvent s'évaluer en quantité et en qualité. La qualité du corps professoral à laquelle est directement reliée la qualité d'un programme s'apprécie par le niveau des diplômes, les titres universitaires et la diversité des champs d'intérêt de l'ensemble des professeurs ainsi que par leur expérience non seulement au niveau des soins mais en enseignement et en recherche. Cette qualité doit demeurer la préoccupation des directeurs de département et des doyens des facultés de médecine et le comité n'a nullement l'intention de se substituer aux preneurs de décisions universitaires ni aux évaluateurs des organismes d'agrément. Il ne faut pas négliger en outre l'évaluation des professeurs, quant à leur fonction d'enseignant, faite par les résidents car cette évaluation est faite par des étudiants âgés, ayant atteint un niveau de scolarisation élevé, ayant, on l'espère, développé un certain esprit critique et ayant un contact étroit avec leurs enseignants. Le résultat de cette évaluation s'exprime implicitement, jusqu'à un certain point, lors du choix de stage des résidents.

Sur le plan quantitatif, *les enseignements doivent être en nombre suffisant et avoir une disponibilité réelle* que l'on devrait pouvoir évaluer par la proportion des professeurs à temps plein géographique par rapport à l'ensemble du corps professoral.

À défaut de pouvoir évaluer les coûts des différents programmes, on peut admettre que l'identification du nombre de professeurs selon leur mode de rémunération (salaire de plein temps géographique universitaire ou hospitalier, à forfait, à l'acte ou non rémunéré) permet, jusqu'à un certain point, de se faire une idée de l'allocation des ressources par programme.

Critère 16

Le nombre minimal et maximal d'étudiants requis pour la bonne marche du programme doit être précisé. Avant même de procéder à l'analyse des différents programmes, le comité sait que le nombre *minimal* n'est jamais indiqué, ce qui évite de prévoir des mécanismes d'association de programmes ou de transfert des étudiants dans une autre faculté lorsque ce minimum n'est pas atteint.

Cette mauvaise habitude n'est pas particulière aux programmes de spécialisation médicale.

Le nombre *maximal* des étudiants correspond au nombre de postes agréés par les organismes responsables dans les hôpitaux d'enseignement et on peut se demander s'il correspond vraiment à la capacité d'accueil des programmes universitaires... Toutefois, on doit admettre que l'agrément des nouveaux postes se fait à la demande des responsables de programmes de sorte qu'en dernière analyse, la capacité d'accueil maximale des programmes est déterminée par les facultés de médecine.

La notion de *masse critique idéale*, difficile à définir par les membres du comité, puis par les enseignants et les étudiants lors des consultations, demeure un concept d'utilité discutable pour les programmes de résidence: s'agit-il du nombre minimal de résidents d'une spécialité, du nombre minimal de résidents dans un hôpital, doit-on inclure les étudiants d'autres niveaux, s'agit-il d'un rapport idéal entre le nombre d'enseignants et le nombre de résidents indépendemment de la spécialité enseignée? Le comité tentera de répondre à cette question après avoir analysé *l'achalandage* de l'ensemble des programmes (Chapitre 5, page 179).

Critère 17

L'unité d'enseignement clinique (U.E.C.) est une situation d'apprentissage qui répond bien à l'objectif majeur de la formation professionnelle médicale car elle permet la prise progressive de responsabilités. En outre, elle réduit l'intensité de la relation de dépendance maître/élève entretenue dans l'enseignement préceptoral. La moindre dépendance ainsi créée améliore l'esprit critique du résident vis-à-vis de l'enseignant et augmente l'objectivité de l'enseignant lors de l'évaluation du résident.

Toutefois le système patronal, s'il était uniformément excellent, équivaudrait probablement à l'U.E.C. pour le seul objectif de l'apprentissage clinique. Mais l'unité a d'autres objectifs très importants pour un futur médecin: elle oblige à travailler en groupe, elle permet aux résidents séniors d'exercer leur leadership, de développer leur sens de l'organisation, enfin elle met les étudiants en situation d'enseignants vis-à-vis des plus jeunes.

L'U.E.C. a été créée puis progressivement raffinée par l'usage dans les milieux d'enseignement clinique nord-américains généralement reconnus comme bons. De nombreuses unités fonctionnaient bien avant que le concept d'unité d'enseignement n'ait été couché sur le papier. De la définition approuvée par l'Association des facultés de médecine du Canada en septembre 1966, on retient surtout les caractéristiques suivantes:

- le regroupement géographique des malades, du médecin responsable de l'unité et des étudiants qui tentent de réaliser une masse critique favorable à l'apprentissage;
- l'organisation pyramidale de la prise de responsabilités de sorte que chacun ait des fonctions correspondant à son niveau de formation et à sa compétence;
- l'organisation de l'enseignement centrée autour de la solution des problèmes des malades de l'unité associée à la prise en charge exemplaire des malades;
- l'organisation d'une consultation pour malades ambulants reliée à l'unité afin d'offrir à l'étudiant une situation d'apprentissage pour la continuité des soins;
- les conditions favorables à la recherche clinique et à l'évaluation de nouvelles thérapeutiques.

Le regroupement géographique de l'unité et son organisation pyramidale sont des facteurs favorables à une évaluation suivie de l'étudiant. Il est d'ailleurs généralement admis par les étudiants et les enseignants que la qualité de l'évaluation est un des points forts de l'unité d'enseignement.

Il est évident que l'unité d'enseignement clinique ne s'applique pas à l'apprentissage de toutes les spécialités médicales. Cependant, quelle que soit la spécialité, on devrait trouver une organisation pédagogique permettant un regroupement géographique des enseignants et des étudiants, la prise progressive de responsabilités, un préceptorat immédiat et une évaluation continue. Ses modalités d'application s'adapteraient à la spécialité enseignée.

Le comité a retenu l'existence d'unités d'enseignement clinique dans les spécialités où elles le justifient comme un critère de la valeur pédagogique d'un programme idéal.

Critère 18

Les ressources connexes doivent être identifiées. Il s'agit non seulement des ressources humaines mais encore matérielles et cliniques de disciplines connexes nécessaires à la bonne marche du programme. Il peut s'agir d'un support technique par exemple un service d'hémodynamie pour un pro-

gramme de cardiologie, de services professionnels de la santé autres que médicaux tel un service de diététique ou encore de spécialités ou de disciplines complémentaires au programme telle que la neuropathologie pour un programme de neurologie.

Critère 19

Les ressources didactiques cliniques doivent être adéquates: nombre suffisant de malades pris en charge et diversité importante des maladies observées.

Critère 20

Les conditions d'études doivent être satisfaisantes: qualité et accessibilité de la bibliothèque et des locaux d'études, diversité et actualité des volumes et des périodiques.

3.5 L'évaluation des résidents

L'évaluation tant des résidents que du programme est l'élément clé de la valeur pédagogique de ce dernier car elle constitue un potentiel d'amélioration continue en raison de la remise en question nécessaire qu'elle provoque. Le comité a retenu plusieurs critères reliés à l'évaluation.

Critère 21

L'évaluation en cours de formation doit se faire selon plusieurs modes qui sont fonction de la sphère des acquisitions que l'on veut mesurer. La fiche d'appréciation des stages cliniques actuellement utilisée (modèle page 159) permet une bonne évaluation du comportement général du résident mais demeure un instrument de mesure insatisfaisant pour évaluer spécifiquement les connaissances, les attitudes et les activités psychomotrices. Les connaissances s'évaluent par des tests de mesures cognitives, les attitudes et les habiletés psychomotrices par une observation directe de l'étudiant.

Critère 22

L'évaluation en cours de formation doit s'assortir de **l'établissement de critères de promotion** reliés aux objectifs du stage et aux responsabilités du résident selon son niveau. L'application mesurée mais ferme des critères de promotion devrait permettre d'augmenter le taux de réussite aux examens de certification qui semble, toutefois, s'être amélioré récemment (Tableau X, page 138).

Critère 23

L'évaluation terminale des résidents comporte deux volets: ils doivent tout d'abord avoir effectué les différents stages de leur formation à la satisfaction des enseignants afin que le directeur de programme recommande les candidats aux examens de certification; ils doivent ensuite réussir ces examens administrés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec de sorte que les candidats des différents programmes sont évalués par un examen commun. Les résultats obtenus à ces examens constituent alors *un des indicateurs externes de la valeur pédagogique des programmes.*

Les programmes de résidence comme les autres programmes d'enseignement supérieur pourraient conduire à *l'attribution d'un diplôme universitaire.* Historiquement, lors du transfert de la responsabilité des programmes de spécialisation aux facultés de médecine, celles-ci ont laissé à la Corporation professionnelle des médecins du Québec la responsabilité des examens terminaux. Seule, l'Université de Montréal décerne un diplôme d'études spécialisées qui correspond en quelque sorte à une attestation de fin de stage mais ne correspond pas à un diplôme de deuxième ou de troisième cycle universitaire.

Lors des consultations, les étudiants, de façon quasi unanime, ne perçoivent là aucun problème car leur but consiste principalement en l'acquisition d'une certification professionnelle. Les universités et les facultés de médecine ne semblent pas tenir à prendre en charge de diplômation car, actuellement, que les examens soient facultaires ou corporatifs, ce sont les mêmes hommes qui les conçoivent et évaluent les candidats. Il demeure cependant important que les examens soient les mêmes pour les candidats de tous les programmes d'une spécialité donnée.

Malgré tout, les universités ne devraient-elles pas prendre la responsabilité de l'attribution du diplôme puisqu'elles ont pris en charge les programmes sans que ceci soit en contradiction avec le fait que la Corporation professionnelle reste responsable de l'attribution du certificat de spécialisation médicale selon les modalités et les exigences de son choix?

3.6 L'évaluation du programme

Critère 24

Un système d'évaluation interne périodique du programme dans lequel les résidents sont impli-

BUREAU DES PROGRAMMES
INTERNES ET RÉSIDENTS

FICHE D'APPRÉCIATION
DU STAGE CLINIQUE
À L'USAGE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE
DES MÉDECINS DU QUÉBEC

NOM	DATE DE NAISSANCE	NO DE DOSSIER

Programme de formation: _____

Année de résidence ☐ 1ère ☐ 2e ☐ 3e ☐ 4e ☐ 5e

Stage: _____

Durée: de / à / e hôpital: _____

ESPACE RÉSERVÉ

APPRÉCIATION

	CRITÈRE D'ÉVALUATION DU STAGE CLINIQUE *L'explication de chaque critère est donnée au verso*		COCHER DANS LA CASE APPROPRIÉE						
	FRÉQUENCE RELATIVE DES APPRÉCIATIONS →				< 10%		70%	15%	5%
			NE S'APPLIQUE PAS	PAS D'OPINION	E INACCEPTABLE	D FAIBLE	C BON	B TRÈS BON	A EXCELLENT
1	Connaissance des sciences cliniques								
2	Connaissance des sciences fondamentales								
3	Recueil des données	ATTITUDES							
4	Interprétation des données	ATTITUDES							
5	Décisions appropriées	ATTITUDES							
6	Organisation du travail	ATTITUDES							
7	Efficacité dans les cas d'urgence	ATTITUDES							
8	Habileté technique	ATTITUDES							
9	Curiosité scientifique	APTITUDES							
10	Prise des responsabilités	APTITUDES							
11	Discipline, ponctualité	APTITUDES							
12	Relations avec les patients	APTITUDES							
13	Relations professionnelles	APTITUDES							
14	Éthique professionnelle	APTITUDES							
15	Critère spécifique *(préciser):*								
	APPRÉCIATION GLOBALE ▶								
	AUTRES MODES D'ÉVALUATION								
	☐ Évaluation orale et clinique								
	☐ Examen objectif (Q.C.M.)								
	☐ Compétence clinique (fiche M.C.M.)								
	☐ Autres *(spécifier)* _____								

REMARQUES

☐ connaissance du français insuffisante.

Vous êtes tenu d'adresser un rapport confidentiel au secrétaire de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, au doyen de la Faculté de médecine, au directeur du département universitaire et au directeur des services professionnels du centre hospitalier dans les cas de manquement à l'éthique, d'abus d'alcool, d'usage de drogues ou de problèmes psychiatriques.

qués doit être prévu et son application effective: évaluation des stages, évaluation de l'enseignement, évaluation des enseignants, évaluation de la qualité des soins. On remarquera que les résultats de l'évaluation des résidents constituent un des critères de l'évaluation du programme.

Critère 25

Les programmes de spécialisation médicale sont soumis à **une évaluation externe,** tous les cinq ans, réalisée par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Collège des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège de médecine de famille du Canada. Cette évaluation est souhaitée par les facultés de médecine, les centres hospitaliers d'enseignement et les enseignants car ces organismes ont développé une expertise certaine dans le champ de l'évaluation de programmes, ne serait-ce que par l'expérience acquise au cours des ans. Au Québec, la loi médicale (1974) confie la surveillance de la qualité des programmes de formation médicale à la C.P.M.Q. Dans les autres provinces canadiennes, les organismes corporatifs provinciaux délèguent cette surveillance au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Lors du dernier cycle des visites d'agrément des facultés de médecine, le Comité conjoint des programmes qui, depuis 1972, doit procéder à l'évaluation des programmes universitaires, a participé aux visites d'évaluation; la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Comité conjoint des programmes et les doyens des facultés de médecine avaient accepté les termes d'une collaboration (Chapitre 1, page 123) qui prévoyait, entre autres, la transmission du rapport d'évaluation au président du Comité conjoint des programmes. Le comité espère trouver dans les rapports des visites d'agrément des arguments de rationalisation.

3.7 Les critères reliés à l'interdépendance des programmes

Il est communément admis que tous les programmes de résidence sont absolument indispensables au fonctionnement d'une faculté de médecine. Pourtant, rares sont les facultés de médecine qui ont un agrément pour la totalité des programmes de résidence. Il est vrai que le programme pré-doctoral des études médicales et les différents programmes de spécialisation sont reliés les uns aux autres ne serait-ce que parce que les enseignants sont souvent les mêmes, les ressources cliniques, matérielles et didactiques sont communes sans oublier l'interaction des étudiants. Le comité s'est toutefois demandé jusqu'à quel point cette interdépendance se vérifiait pour chaque programme.

3.7.1 *Interdépendance du programme pré-doctoral et des programmes de spécialisation*

En analysant les programmes pré-doctoraux des quatre facultés de médecine, on a pu évaluer l'importance de chaque spécialité comme ressource pédagogique pour le niveau pré-doctoral en tant que discipline puis en tant que programme (Tableau XVI, page 161). *Les programmes de médecine interne, de chirurgie générale, de psychiatrie, de pédiatrie, d'obstétrique-gynécologie sont indispensables pour l'enseignement du programme sous-gradué.*

Compte tenu de cette interdépendance des programmes pré et post-gradués, on doit se demander jusqu'où peut aller la réduction du nombre de postes d'internes et de résidents et jusqu'où peut aller une rationalisation des programmes de résidence sans avoir un impact négatif sur le niveau pré-doctoral des études de médecine. Ces questions deviennent encore plus aiguës si l'on admet que l'unité d'enseignement constitue la meilleure organisation pédagogique pour l'enseignement clinique.

3.7.2 *Interdépendance des programmes de spécialisation*

À partir des normes minimales exigées par la Corporation professionnelle des médecins du Québec pour chacune des spécialités médicales, il est aisé d'identifier les spécialités qui constituent une ressource pédagogique pour d'autres programmes. Toutefois, cette identification ne tient pas compte des stages effectués par les étudiants pendant les *douze mois non définis dans les normes (Tableau II, pages 126, 127) et ne tient pas compte de nouveaux besoins même s'ils ne sont pas consacrés par de nouveaux programmes (Tableau XVII, page 163). Huit programmes de spécialité sont indispensables et parmi ceux-ci trois le sont pour plusieurs* programmes, ce sont les programmes de chirurgie générale, de médecine interne et de pédiatrie.

Dans le cas des 23 autres spécialités, on peut dire *qu'en tant que programme,* elles ne sont pas indispensables même si elles constituent une ressource pédagogique indispensable *en tant que discipline.* Par exemple, un stage de dermatologie peut être

Tableau XVI (1ère partie)

Liens entre le programme pré-doctoral et les programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique.

	Pour l'enseignement pré-doctoral, cette spécialité **en tant que discipline** constitue une ressource pédagogique			Si l'on admet que l'unité d'enseignement est souhaitable comme garantie d'efficacité pédagogique et garantie de la qualité du milieu, cette spécialité **en tant que programme constitue une ressource pédagogique**
	Indispensable (concerne tous les étudiants)	**Importante** (concerne une grande proportion des étudiants)	**Occasionnelle** (ne concerne qu'une faible proportion des étudiants)	**Indispensable**
Allergie			+	
Anatomo-pathologie			+	
Anesthésie-réanimation			+	
Biochimie médicale			+	
Cardiologie		+		
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique			+	
Chirurgie générale	+			+
Chirurgie orthopédique		+		
Chirurgie plastique			+	
Dermatologie			+	
Endocrinologie		+		
Gastro-entérologie		+		
Hématologie		+		
Médecine familiale		+		
Médecine interne	+			+
Médecine nucléaire			+	

Tableau XVI (2ième partie)

Liens entre le programme pré-doctoral et les programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique.

	Pour l'enseignement pré-doctoral, cette spécialité **en tant que discipline** constitue une ressource pédagogique			Si l'on admet que l'unité d'enseignement est souhaitable comme garantie d'efficacité pédagogique et garantie de la qualité du milieu, cette spécialité **en tant que programme constitue une ressource pédagogique indispensable**
	Indispensable (concerne tous les étudiants)	**Importante** (concerne une grande proportion des étudiants)	**Occasionnelle** (ne concerne qu'une faible proportion des étudiants)	
Microbiologie médicale			+	
Néphrologie		+		
Neurochirurgie			+	
Neurologie et électro-encéphalographie		+		
Obstétrique & gynécologie	+			+
Ophtalmologie		+		
Oto-rhino-laryngologie		+		
Pédiatrie	+			+
Physiatrie			+	
Pneumologie		+		
Psychiatrie	+			+
Radiologie diagnostique			+	
Radiothérapie			+	
Rhumatologie		+		
Santé communautaire		+		
Urologie		+		
Total:	**5**	**14**	**13**	**5**

Tableau XVII (1ère partie)

Liens entre les différents programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique.

D'après les normes minimales exigées par la C.P.M.Q., chaque spécialité constitue une ressource pédagogique pour d'autres programmes post-gradués.
[Ce tableau ne tient pas compte des stages effectués par les étudiants pendant les douze mois définis par chaque faculté, ne tient pas compte des stages supplémentaires des programmes plus longs que les normes minimales et ne tient pas du tout compte de nouveaux besoins même s'ils ne sont pas consacrés par de nouveaux programmes (ex.: l'association de l'obstétrique et de la pédiatrie pour des stages de péri-natalogie)].

	Ressource indispensable	Ressource occasionnelle
Allergie		+
Anatomo-pathologie	1 programme (microbiologie)	
Anesthésie-réanimation		+
Biochimie médicale		+
Cardiologie		+
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique		+
Chirurgie générale	8 programmes (les programmes de chirurgie spécialisée)	
Chirurgie orthopédique	1 programme (physiatrie)	
Chirurgie plastique		+
Dermatologie		+
Endocrinologie	1 programme (obstétrique gynécologie)	
Gastro-entérologie		+
Hématologie		+
Médecine familiale		
Médecine interne	14 programmes (les sous-spécialités médicales)	
Médecine nucléaire		+

Tableau XVII (2ème partie)

Liens entre les différents programmes de spécialisation, sur le plan pédagogique.

	D'après les normes minimales exigées par la C.P.M.Q., chaque spécialité constitue une ressource pédagogique pour d'autres programmes post-gradués. [Ce tableau ne tient pas compte des stages effectués par les étudiants pendant les douze mois définis par chaque faculté, ne tient pas compte des stages supplémentaires des programmes plus longs que les normes minimales et ne tient pas du tout compte de nouveaux besoins même s'ils ne sont pas consacrés par de nouveaux programmes (ex.: l'association de l'obstétrique et de la pédiatrie pour des stages de péri-natalogie)].	
	Ressource indispensable	**Ressource occasionnelle**
Microbiologie médicale		+
Néphrologie		+
Neurochirurgie		+
Neurologie et électro-encéphalographie	1 programme (physiatrie)	
Obstétrique & gynécologie		+
Ophtalmologie		+
Oto-rhino-laryngologie		+
Pédiatrie	11 programmes (les sous-spécialités médicales)	
Physiatrie		+
Pneumologie		+
Psychiatrie		+
Radiologie diagnostique		+
Radiothérapie	1 programme (radiologie diagnostique)	
Rhumatologie		+
Santé communautaire		+
Urologie		+
	8 programmes	**23 programmes**

organisé pour les résidents de médecine interne sans qu'il y ait de programme de spécialisation en dermatologie; de même l'enseignement de la pneumologie, que ce soit à l'aide de cours ou de stages pour les externes et les internes, ne requiert pas absolument l'existence d'un programme de résidence en pneumologie.

3.7.3 *Interdépendance des programmes de spécialisation et des programmes de deuxième et troisième cycles universitaires*

Le tableau XVIII, page 166, indique les programmes de deuxième et troisième cycles universitaires offerts par les facultés de médecine du Québec. Dans 6 disciplines sur 23, il existe simultanément des programmes de maîtrise et de doctorat et des programmes de résidence: biochimie, médecine et chirurgie expérimentales, microbiologie et immunologie, pathologie, santé communautaire et sciences neurologiques. Dans 3 cas, il n'existe qu'un seul programme de maîtrise: psychiatrie, oto-rhino-laryngologie et radiologie.

Aucun programme de résidence n'est indispensable aux programmes de deuxième et troisième cycles universitaires alors que quelques *rares* programmes de résidence prévoient obligatoirement l'obtention d'une maîtrise en cours de formation: biochimie à l'Université de Sherbrooke, médecine nucléaire dans les universités de Montréal et de Sherbrooke, santé communautaire dans les quatre universités. Par contre, il est toujours possible pour les résidents de faire une maîtrise ou un doctorat qui ajoute alors autant d'années que nécessaire à leur formation. Ces candidats poursuivront généralement une carrière universitaire.

Les programmes de spécialisation médicale et ceux de deuxième et troisième cycles universitaires *paraissent peu interdépendants* pour deux raisons. Tout d'abord, les ressources pédagogiques incluant les enseignants sont différentes; en effet les programmes de résidence se déroulent dans les hôpitaux et les programmes de maîtrise et de doctorat dans les facultés. Ensuite, la clientèle étudiante n'est pas la même. La proportion des étudiants inscrits dans un programme de deuxième ou troisième cycle universitaire ayant un doctorat en médecine ou poursuivant simultanément des études médicales est de l'ordre de 10% à 15%[1] pour l'ensemble des facultés de médecine avec une proportion nettement plus importante à l'Université McGill (de l'ordre de 30%).

En conclusion, l'identification des critères de la valeur pédagogique des programmes a permis au comité de procéder à l'analyse des 115 programmes écrits de spécialisation médicale approuvés ou sous approbation conditionnelle.

Malgré les nombreuses limitations de la méthode qui seront expliquées dans le chapitre suivant, le comité a pu recueillir un nombre considérable d'informations et a tenté d'en dégager des recommandations qui concernent soit l'ensemble des programmes (Chapitre 4), soit les programmes de chacune des facultés (Chapitre 5), soit les différents programmes d'une spécialité (Chapitre 6).

[1] Les données recueillies pour la présente étude n'ont été que partielles et ne concernent pas les mêmes années d'un établissement à l'autre, de sorte qu'elles n'indiquent qu'un ordre de grandeur. Ces données sont disponibles au Conseil des universités.

Tableau XVIII

Programmes de deuxième et troisième cycles universitaires offerts par les facultés de médecine du Québec (Source: annuaires des universités 1979-1980)

Programmes	Laval			McGill			Montréal			Sherbrooke		
	2e	3e	R	2e	3e	R	2e	3e	R	2e	3e	R
— Admin. des services de la santé							M.Sc.					
— Anatomie	M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.	
— Biochimie	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.	R
— Biologie cellulaire										M.Sc.	Ph.D.	
— Biophysique										M.Sc.	Ph.D.	
— Épidémiologie				M.Sc.	Ph.D.							
— Génie biomédical							M.Sc.A					
— Hygiène							M.Sc.	Ph.D.*				
— Médecine & chirurg. expérimentales	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R			R
— Microbiologie et immunologie	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.(2) M.Sc.A	Ph.D.(2)	R	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	
— Nutrition		Ph.D.					M.Sc.	Ph.D.				
— Orthophonie & audiologie							M.O.A.					
— Parasitologie				M.Sc.	Ph.D.							
— Pathologie	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R			R
— Pharmacologie	M.Sc.(2)	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.	
— Physiologie	M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	Ph.D.		M.Sc.	?	
— Psychiatrie			R	M.Sc.		R	-		R			R
— Oto-laryngologie			R	M.Sc.		R			R			R
— Radiologie			R	M.Sc.		R			R			R
— Radiobiologie										M.Sc.		
— Santé communautaire			R			R	M.Sc.	Ph.D.	R			
— Sciences cliniques							M.Sc.	Ph.D.				
— Sc. neurologiques	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R	M.Sc.	Ph.D.	R			R
— Virologie								Ph.D.				

* aucune nouvelle inscription au doctorat.

4. Les modalités de la rationalisation et ses limitations: Les critères exclus de la grille d'analyse

4.1 L'approche envisagée

Après avoir réfléchi sur les façons idéales, puis sur les façons réalistes de rationaliser les programmes de spécialisation médicale, le comité a retenu comme critère majeur la valeur pédagogique de ces programmes. Ce choix n'empêche pas de prendre en considération les besoins de la population, les besoins de la clientèle étudiante et les coûts de formation. Toutefois, en l'absence de données quantitatives satisfaisantes, on devra, pour faire intervenir ces facteurs, s'en tenir à des arguments fondés sur le bon sens.

Pour évaluer la valeur pédagogique des programmes, nous les avons analysés en fonction des critères retenus pour un programme idéal. L'analyse a porté sur les critères identifiés et justifiés dans le chapitre 3 de ce rapport qui sont regroupés autour des points suivants:

- les objectifs
- les conditions d'admission
- la description du programme
- les ressources
- l'évaluation des étudiants et
- l'évaluation du programme.

Pour situer l'analyse de chaque programme dans une perspective provinciale d'optimisation des ressources, nous avons indiqué en haut de la grille d'analyse (page 178) les données suivantes pour chacune des spécialités:

- le nombre de programmes dans la province de Québec;
- le nombre moyen de résidents par an, pendant les cinq dernières années pour l'ensemble des programmes;
- le nombre moyen de résidents ayant obtenu leur m.d. au Québec et dans les autres provinces canadiennes par an, pendant les cinq dernières années;
- le nombre de spécialistes en exercice dans la province de Québec ayant délivré des soins en 1978;
- le nombre de résidents titulaires d'un m.d., Québec et autres provinces canadiennes, requis pour le simple maintien des effectifs (calculé à l'Annexe VII, page 293);
- le pourcentage des spécialistes en exercice dans la province de Québec en 1978 ayant moins de 45 ans. Le clivage à 45 ans correspond à l'âge autour duquel se répartit également l'ensemble des spécialistes (Tableau VII, page 136);
- le caractère interdépendant ou non du programme. Cinq programmes sont indispensables à l'organisation du programme prégradué. Certains d'entre eux et quelques autres sont en outre indispensables à d'autres programmes post-gradués (Tableaux XVI, pages 161, 162 et XVII, pages 163, 164).

4.2 Les données utilisées

Elles proviennent de plusieurs sources:

- soit des universités: description des programmes, annuaires des facultés de médecine et questionnaires adressés par le comité pour la réalisation de la présente étude;
- soit de la Corporation professionnelle des médecins du Québec: répartition des internes et des résidents, répartition des effectifs médicaux, résultats aux examens de certification et autres données publiées dans le Bulletin de la corporation;
- soit de la Régie de l'assurance-maladie du Québec: nombre et répartition des effectifs médicaux distribuant des soins, par spécialité, par tranche d'âge, etc.

Les documents préparatoires aux visites d'agrément transmis au Conseil des universités par les universités ont été peu ou pas utilisés, car certaines données recherchées se modifient rapidement et ces documents ne sont pas récents.

Il est clair que la démarche entreprise pour cette étude *diffère de celle réalisée par les organismes d'agrément* lors des visites, pour deux raisons majeures:

1) nous ne sommes pas allés voir ce qui se pase, de fait, sur le terrain. Toutefois, le comité pense que la plupart des critères retenus pour le programme idéal devrait apparaître de façon *explicite* dans la description des programmes; on peut s'interroger sur leur existence lors de l'application d'un programme lorsqu'ils ne sont même pas prévus dans sa planification.
2) L'analyse des programmes est faite spécialité par spécialité de sorte que l'interprétation des données ainsi que les recommandations sont faites dans une *perspective provinciale d'optimisation des ressources.*

4.3 La méthode d'analyse et ses limites

Le comité eut aimé retenir la totalité des critères reliés à la valeur pédagogique d'un programme idéal pour procéder à l'analyse des 115 programmes. Ces critères concernent, on s'en souvient:

1. les objectifs du programme
2. les conditions d'admission
3. les responsabilités du résident
4. les objectifs et le contenu des stages
5. les stages optionnels et de libre choix
6. la durée des stages
7. les stages hors programme
8. la complémentarité provinciale des programmes
9. les stratégies pédagogiques
10. les cours hors programme
11. l'apprentissage en clinique externe
12. l'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins
13. la recherche
14. le directeur de programme
15. les enseignants
16. les étudiants, la masse critique
17. l'unité d'enseignement clinique
18. les ressources connexes
19. les ressources cliniques
20. les conditions d'études
21. l'évaluation du résident en cours de formation
22. les critères de promotion
23. l'évaluation terminale: examens de certification
24. l'évaluation interne du programme
25. l'évaluation externe du programme.

On imagine aisément l'étendue de la tâche et l'on se rend vite compte que certains critères ont dû être éliminés pour les fins de la présente étude pour diverses raisons que nous allons expliquer. La démarche effectuée par le comité est résumée dans le tableau XIX page 169.

4.3.1 Critères d'analyse non retenus car ils requièrent une observation directe du milieu

Il est illusoire d'espérer se faire une idée exacte de l'importance et de la qualité des points suivants sans observer le milieu et sans poser des questions aux enseignants et aux étudiants. Ce sont:

9. les stratégies pédagogiques
10. les cours hors programme
11. l'apprentissage en clinique externe
18. les ressources connexes
19. les ressources cliniques
20. les conditions d'études.

Les stratégies pédagogiques

S'il est donné autant de cours, séminaires, présentations cliniques, clubs de lecture, etc. que prévu dans de nombreux programmes, nous devons féliciter les enseignants. Toutefois, on doit s'interroger sur la capacité de réalisation et le rendement d'un tel système quand les effectifs étudiants de différents niveaux d'étude sont petits et répartis dans plusieurs hôpitaux. Un des intérêts de l'organisation de programmes associés, tel que nous allons le recommander, est de prévoir quels stages seront organisés par chaque programme constituant et pour quel niveau d'étudiants. Ainsi les enseignants pourront concentrer leurs efforts dans des domaines précis et selon un niveau d'apprentissage donné au lieu de se disperser dans l'ensemble des connaissances de leur spécialité et pour tous les niveaux de résidents. Si cette association de programme ne s'assortit pas d'un comité de programme commun qui veillera à la complémentarité des deux constituants, on n'aura rien changé à la dispersion actuelle des énergies et des ressources.

Tableau XIX

Résumé de la démarche effectuée pour analyser les programmes de spécialisation médicale et faire la synthèse des données recueillies.

Les critères reliés à la valeur pédagogique des programmes	CHAPITRE 4		CHAPITRE 5
	Critères d'analyse non retenus car ils requièrent une observation directe du milieu	Critères d'analyse non retenus car non discriminatoires aux fins de cette étude	Les critères retenus pour l'analyse comparative des différents programmes
1. les objectifs du programme			1. les objectifs du programme
2. les conditions d'admission		2	
3. les responsabilités du résident			3. les responsabilités du résident
4. les objectifs et le contenu des stages			4. les objectifs et le contenu des stages
5. les stages optionnels et de libre choix			5. les stages optionnels et de libre choix
6. la durée des stages		6	
7. les stages hors programme		7	
8. la complémentarité provinciale des programmes		8	
9. les stragéties pédagogiques	9		
10. les cours hors programmes	10		
11. l'apprentissage en clinique externe	11		
12. l'évaluation de l'acte médical		12	
13. la recherche			13. la recherche
14. le directeur de programmes			14. le directeur de programmes
15. les enseignants		15	
16. les étudiants la masse critique			16. les étudiants la masse critique
17. l'unité d'enseignement clinique			17. l'unité d'enseignement clinique
18. les ressources connexes	18		
19. les ressources cliniques	19		
20. les conditions d'études	20		
21. l'évaluation du résident en cours de formation	(21)		21. l'évaluation du résident en cours de formation
22. les critères de promotion		22	
23. l'évaluation terminale: examens de certification			23. l'évaluation terminale: examens de certification
24. l'évaluation interne du programme	(24)		24. l'évaluation interne du programme
25. l'évaluation externe du programme		25	

Les cours hors programme

Après avoir analysé l'ensemble des programmes, on peut dire que ce n'est qu'exceptionnellement qu'il est mentionné *explicitement* que les résidents peuvent ou doivent aller suivre des cours hors programme. Une exception s'observe toutefois dans le programme de neurologie à l'Université McGill. Si cette «discrétion» correspond réellement à une imperméabilité entre les programmes de spécialisation médicale entre eux et entre ceux-ci et d'autres programmes universitaires tels que la nutrition, la gériatrie, la psychologie, etc. On peut s'interroger sur l'utilisation rationnelle des ressources universitaires locales avant même de parler de complémentarité provinciale.

Les ressources cliniques et connexes, les cliniques externes, les conditions d'études

Les programmes sont peu explicites au sujet des *ressources cliniques*, des *ressources connexes* nécessaires à l'application d'un programme, des conditions matérielles permettant l'apprentissage du résident au niveau des *cliniques externes* et des *conditions d'études*, alors que les documents préparatoires aux visites d'agrément le sont beaucoup. D'une façon générale, les programmes de spécialisation de l'Université McGill insistent beaucoup sur les ressources alors que les objectifs pédagogiques ne sont pas définis. Par contre, les trois facultés francophones sont inégalement soucieuses de l'identification des ressources alors qu'elles ont fait un effort important dans l'identification des objectifs pédagogiques.

Recommandation

(QUE les programmes de spécialisation
(médicale comportent une description des
(stratégies pédagogiques autres que l'ensei-
(gnement clinique incluant les cours hors
(programme ainsi qu'une description des
(ressources cliniques, des ressources con-
(nexes et des conditions d'étude nécessaires
(à la marche du programme. Cette descrip-
(tion facilitera le processus d'évaluation in-
(terne et externe du programme.

Quelques remarques s'imposent pour les critères suivants:

21. l'évaluation du résident en cours de formation
24. l'évaluation interne du programme incluant l'évaluation des enseignants.

Pour se faire une idée juste des conditions d'évaluation du résident en cours de formation et des conditions d'évaluation interne du programme, il faudrait également effectuer une visite des milieux. Toutefois, *ces deux critères n'ont pas été éliminés de la grille finale d'analyse* car la mise en place de processus valables d'évaluation tant au niveau des étudiants qu'au niveau du programme nécessite une planification à partir des objectifs. On peut s'interroger sur la qualité de l'évaluation quand les objectifs du programme ne sont pas définis. On peut aussi être sûr qu'il n'y a pas d'évaluation valable lorsqu'elle n'est pas prévue dans le programme car elle devient alors une activité improvisée. Par contre, le comité est tout à fait conscient que des processus d'évaluation peuvent être prévus dans le programme et ne pas être appliqués. Toutefois, si l'on perçoit le programme comme une sorte de contrat entre les enseignants et les étudiants, les étudiants pourront être d'autant plus exigeants que les activités pédagogiques, incluant les mécanismes d'évaluation, seront prévues et décrites explicitement dans le programme.

4.3.2 Critères d'analyse non retenus dans grille car non discriminatoires aux fins de la présente étude

Il faut bien comprendre que ces critères ont été utilisés lors de l'analyse des 115 programmes mais n'ont pas été retenus dans la *grille finale* permettant la comparaison de ceux-ci. En effet, pour chacun de ces critères, il a été noté des déficiences similaires pour toutes les facultés de sorte qu'il est apparu plus utile et probablement plus fonctionnel de proposer des recommandations générales s'adressant à l'ensemble des programmes des quatre facultés. Il s'agit:

2. des conditions d'admission
6. de la durée des stages
7. des stages hors programme
8. de la complémentarité provinciale des programmes
12. de l'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical
15. des enseignants
22. des critères de promotion
25. de l'évaluation externe du programme.

Les conditions d'admission

Sur le plan pédagogique, les conditions d'admission sont importantes sous deux aspects:

— s'assurer que les candidats admis sont bien préparés, pourront suivre le programme, auront toutes les chances de le finir et de réussir leurs examens;

— permettre aux candidats exceptionnels d'être admis même s'ils ne rencontrent pas les conditions généralement exigées.

On voit donc que les conditions d'admission doivent être clairement définies et assez rigides tant au plan de la formation antérieure que des diplômes prérequis et en même temps comporter des clauses d'accueil hors normes.

Pour l'ensemble des programmes de la province, les conditions d'admission sont souvent confondues avec les règlements administratifs reliés aux normes universitaires, aux normes corporatives et aux règlements de l'immigration.

Actuellement, c'est par le biais des conditions d'admission que la durée des programmes de résidence peut varier de quatre à cinq ans. En effet, en exigeant un internat multidisciplinaire comme condition préalable à l'admission en résidence, on allonge les études d'une année.

Il ne faudrait pourtant pas voir là une mauvaise intention de la part des directeurs de programme car on ne doit pas oublier que tout étudiant détenteur d'un doctorat en médecine obtient son permis d'exercice dès qu'il a satisfait aux exigences d'un internat, que ce dernier soit multidisciplinaire, rotatoire ou unidisciplinaire. On voit ainsi qu'actuellement un étudiant pourrait, après l'obtention de son m.d. faire 12 mois de microbiologie médicale, par exemple, et devenir omnipraticien. Cette anomalie préoccupe les facultés de médecine qui ont la responsabilité vis-à-vis de la collectivité de mettre sur le marché du travail des médecins compétents. Pour cette raison, elles préfèrent souvent assurer une compétence minimale à tous les finissants, incluant ceux qui se dirigeront vers une spécialisation, puisqu'ils peuvent à n'importe quel moment et dans des conditions imprévisibles revenir à l'exercice de la pratique générale.

Le tableau suivant montre la tendance de chaque institution à accepter l'entrée en spécialisation juste après l'obtention du doctorat en médecine en indiquant le nombre d'internes unidisciplinaires présents dans chaque faculté.

Tableau XX

Nombre d'internes unidisciplinaires par faculté, pour les deux dernières années. Les internats unidisciplinaires en médecine familiale ne sont pas inclus (CPMQ).

	nombre d'étudiants ayant obtenu le m.d.	nombre d'internes unidisciplinaires	
		1978-79	1979-80
Laval	170	5	2
McGill	156	64	63
Montréal	182	25	26
Sherbrooke	89	16	22
Total	**597**	**110**	**113**

Pour les disciplines chirurgicales, la Corporation professionnelle des médecins du Québec exige une formation minimale de quatre ans tandis que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada exige une formation minimale de cinq ans. À l'Université McGill, le programme de chirurgie dure cinq ans par l'insertion d'une année de recherche (R3) généralement subventionnée par différents organismes. Dans les facultés de médecine francophones, les futurs résidents en chirurgie peuvent effectuer un internat multidisciplinaire comportant un certain nombre de stages obligatoires qui permettent de faire reconnaître cet internat comme une première année de résidence, en vue de l'admissibilité aux examens par le Collège royal.

Ces considérations donnent l'impression que les conditions d'admission sont plutôt définies pour rencontrer des exigences corporatives que pour remplir des exigences pédagogiques. Cette impression n'existerait pas si l'on voyait plus clairement le lien entre la formation préalable exigée, les diplômes pré-requis du candidat *et* les objectifs du programme.

Recommandation

(QUE les conditions d'admission dans un (programme soient définies par le comité (de programme en fonction des objectifs de (celui-ci tout en respectant les règlements (universitaires, les normes corporatives et (les règlements de l'immigration.

La durée des stages

La lecture des 115 programmes a confirmé l'impression que le comité avait au sujet de la durée des stages: cette durée est définie d'avance et l'étudiant

hors pair ne peut progresser plus vite que le candidat moyen. Les 12 mois de formation dont les stages ne sont pas définis dans les normes minimales de formation confèrent au programme une certaine souplesse au point de vue du contenu mais demeure rigide au point de vue de la durée (12 mois) indépendamment des objectifs poursuivis. Cette durée fixe des stages est étonnante à un tel niveau d'étude car les candidats peuvent être très différents par leur formation et leurs expériences antérieures, le niveau de leur diplôme et leur degré d'autonomie. On se plaint déjà que les écoles primaires ne permettent pas assez une progression individualisée des élèves, on peut déplorer que ceci soit encore vrai pour des étudiants qui ont entre 25 et 30 ans.

Si la définition a priori de la durée des stages est faite pour garantir une formation minimale de chaque résident, le vrai défi consisterait à vérifier que chaque résident a atteint les objectifs de chaque stage. On voit encore une fois l'intérêt de définir des objectifs pédagogiques et de construire une évaluation directement reliée à ceux-ci. L'évaluation continue des résidents prendrait alors toute sa valeur car elle entraînerait une prise de décision gratifiante pour l'étudiant. Il est souhaitable que l'évaluation en cours de formation soit revalorisée; on doit reconnaître que c'est dans son rôle d'évaluateur que l'enseignant est difficilement remplaçable que ce soit par des livres ou par l'interaction avec les pairs.

Dans le cas où la durée globale de chaque programme devrait rester fixe, ce qui reste discutable, cette évaluation assortie de critères de promotion permettrait à des résidents d'effectuer leur programme obligatoire plus rapidement que d'autres de sorte qu'ils pourraient utiliser les mois restants pour acquérir une formation spécifique dans un domaine de leur choix, sans augmenter nécessairement d'un an ou deux la durée de leur formation. On sait qu'actuellement il n'est pas rare de voir un résident effectuer une année d'étude supplémentaire après ses examens de certification dans des conditions de financement difficiles et quelquefois à ses frais.

Recommandations

(QUE soit remise en question la définition
(a priori de la durée des stages et de la
(durée de chacun des programmes de for-
(mation en spécialisation médicale tout en
(respectant les normes d'admissibilité aux
(examens de certification.

(QUE l'instauration de mécanismes d'évalua-
(tion continue fiables assortis de critères de
(promotion permette la progression du résident à son propre rythme en fonction de
(l'atteinte des objectifs de chaque stage.

Les stages hors programme

D'une façon générale, il faut noter que la partie du programme de résidence effectuée en dehors du programme principal est généralement négligée quant à ses objectifs et son contenu dans la planification du programme. On s'en tient généralement de façon laconique aux exigences de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, par exemple une ou deux années de chirurgie générale obligatoires dans chaque programme de sous-spécialité chirurgicale. Pourtant, les besoins d'un futur orthopédiste doivent différer quelque peu des besoins d'un futur neurochirurgien et d'un futur oto-rhino-laryngologiste. De la même façon, les connaissances en médecine interne nécessaires à un dermatologiste ne peuvent être exactement les mêmes que celles nécessaires à un microbiologiste.

On doit toutefois reconnaître que dans un certain nombre de programmes on spécifie au moins la nature des stages hors programme. Citons, à titre d'exemple, les stages de l'internat «intégré» au programme de chirurgie à l'Université de Montréal.

Il semble que le comité de programme doive faire l'effort de définir, au moins en termes généraux, ce qu'un résident va spécifiquement acquérir en dehors du programme et de quelle façon. En effet, les enseignants du programme de gynécologie-obstétrique par exemple semblent les mieux placés pour savoir ce qui est pertinent en endocrinologie pour un futur gynécologue-obstétricien.

Il faudrait de plus préciser les responsabilités respectives du programme principal et du programme d'accueil dans l'évaluation continue du résident.

Recommandation

(QUE la nature des stages hors programme
(ainsi que leurs objectifs généraux et le par-
(tage des responsabilités en regard de l'éva-
(luation du résident soient définis par le
(comité directeur du programme principal
(en consultation avec les responsables du
(programme d'accueil.

La complémentarité provinciale des programmes

Il est manifeste, à la lecture des 115 programmes de résidence, que la complémentarité de ceux-ci à

l'échelle provinciale n'est pas une préoccupation des établissements. Le réflexe premier de considérer les trois autres facultés de médecine comme une ressource éventuellement complémentaire n'est pas acquis.

Sauf exceptions (par exemple les programmes d'hématologie McGill-Sherbrooke, de physiatrie Laval-Montréal, d'urologie McGill-Sherbrooke, de santé communautaire Montréal-Laval) il n'y a aucune information dans les programmes pour permettre à l'étudiant de faire un choix de stage judicieux et lui indiquer les ressources de la province dans sa spécialité. Pourtant, on sait que, traditionnellement, dans plusieurs programmes les résidents commencent leur formation dans les Universités Laval ou de Sherbrooke et finissent leur formation dans les Universités McGill ou de Montréal. En dépit de cette tradition non récente aucune entente autre que verbale n'est prévue pour assurer aux résidents leur admission dans le deuxième programme. La raison invoquée par les responsables de ce dernier est qu'ils n'ont pas participé à la sélection ni à l'évaluation du résident de sorte qu'ils ne veulent pas s'engager d'avance à l'admettre. Quelles que soient les raisons réelles de l'absence d'entente formelle entre deux programmes généralement complémentaires, cette absence d'entente formelle a de nombreux inconvénients que le comité désire surmonter par l'organisation de *programmes vraiment associés.*

Dans un programme associé, le comité de programme devra être commun pour éviter les répétitions et permettre l'utilisation rationelle des domaines d'excellence de chaque milieu au bénéfice du résident. Le comité d'admission-évaluation devra aussi être commun pour assurer la continuité de la prise en charge et de l'évaluation de l'étudiant. Ceci permettra à l'étudiant de bénéficier des ressources de deux milieux en diminuant le risque de duplication des stages et de l'enseignement, d'avoir un poste pour la totalité de sa formation en autant qu'il satisfera aux exigences des règles de l'évaluation et des normes de promotion.

La constatation que la notion de complémentarité à l'échelle provinciale n'est pas rendue très loin dans les mentalités des responsables de programmes inquiète quelque peu le comité qui est convaincu que l'association de programmes permettrait une économie de ressources et d'énergie tout en offrant aux résidents le meilleur de ce que chaque milieu peut lui offrir.

Recommandations

(QUE la complémentarité provinciale des
(programmes de spécialisation soit reconnue
(par les universités et soit concrétisée par
(l'organisation de programmes associés com-
(portant:
(
(— un comité d'admission-évaluation unique;
(
(— un comité de programme unique qui as-
(sure la complémentarité des deux pro-
(grammes;
(
(— un comité de promotion unique.

(QUE les résidents soient inscrits à l'uni-
(versité où ils commencent leur formation
(et que leur dossier soit transféré lorsqu'ils
(effectuent leur formation en dehors du pro-
(gramme initial.

(QUE chaque composante du programme
(soit dirigée par un responsable. Les objec-
(tifs spécifiques, la planification pédagogique,
(l'identification des ressources et l'évaluation
(du programme local seront sous sa respon-
(sabilité.

(QU'il soit prévu des activités d'enseignement
(et une partie de l'évaluation en commun
(afin d'assurer un contact continu entre les
(résidents et les enseignants des deux pro-
(grammes.

L'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins

Dans les programmes de spécialisation médicale il est rarement, sinon jamais, fait mention de situations d'apprentissage ou d'interventions pédagogiques visant à faire acquérir aux futurs spécialistes les méthodes d'évaluation de la qualité de l'acte médical et des soins. Pourtant, ces spécialistes joueront un rôle d'enseignant et constitueront souvent un point de référence de la compétence médicale dans leur milieu de travail.

Lors des consultations, il a été mentionné que l'apprentissage des méthodes d'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins se faisait pendant la formation pré-doctorale. Les rencontres avec les résidents permettent d'en douter ou, à tout le moins, permettent de douter de l'efficacité de cet apprentissage quand il se fait pendant le programme de 1er cycle alors que l'étudiant est encore peu exposé aux activités cliniques.

Recommandation

(QUE l'acquisition des techniques d'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins fasse partie des objectifs pédagogiques des programmes de spécialisation médicale.

Les ressources professorales

Dans la première partie du rapport, le comité a expliqué que l'on ne se servirait pas des coûts réels des programmes pour aider à leur rationalisation parce que l'on ne pouvait les cerner. Toutefois, on a convenu que l'identification des ressources professorales permettrait jusqu'à un certain point de se faire une idée de l'allocation des ressources universitaires par programme.

Lors de l'analyse des 115 programmes, il a fallu admettre que même cette approximation ne serait pas possible pour plusieurs raisons.

En effet, si l'on évalue le corps professoral seulement par le nombre total des enseignants, on n'a aucune idée de ce que cela représente en terme de disponibilité professorale vis-à-vis des étudiants. L'information qui permettrait peut-être le mieux de cerner cette disponibilité serait la répartition des enseignants selon leur mode de rémunération. Il est raisonnable de penser qu'il y a un lien assez direct entre l'importance de la rémunération universitaire et la disponibilité de l'enseignant à sa tâche professorale. Au niveau de l'enseignement clinique qui nous préoccupe ici, il y a une interrelation permanente entre la distribution des soins et l'enseignement clinique avec un risque évident que la distribution des soins ne l'emporte sur l'enseignement clinique. Le système de plafonnement des revenus des plein temps géographiques, qu'ils soient universitaires ou hospitaliers, a pour objectif de limiter, jusqu'à un certain point, les activités cliniques afin de rendre les enseignants plus disponibles à leurs activités d'enseignement et de recherche.

Actuellement, seule l'*Université McGill* impose un plafonnement réel des revenus et ce plafonnement est variable selon les individus et les spécialités. À l'*Université Laval*, un plafonnement des salaires a été prévu mais jusqu'à ce jour, son application a été difficile. À l'*Université de Montréal* et à l'*Université de Sherbrooke*, il n'y a aucun plafonnement même s'il existe à Sherbrooke un système de fonds commun intégral (pool).

Maintenant que l'on sait que l'information la plus intéressante par rapport à cette étude est de connaître la distribution des ressources professorales en fonction de leur mode de rémunération, les difficultés commencent. Des données apparemment comparables d'une université à l'autre, car elles utilisent la même nomenclature, ne veulent, en réalité, pas dire la même chose.

Ainsi à l'*Université Laval*, il n'y a aucun lien entre le titre universitaire et le mode de rémunération. Si les chargés d'enseignement sont généralement bénévoles ou, tout au plus, rémunérés au cours, les professeurs titulaires, agrégés et adjoints peuvent être plein temps universitaires, demi-plein temps universitaires, rémunérés à forfait, à la vacation et ce même au cours. Ainsi, dans le département de psychiatrie, le nombre total des enseignants est de 78 alors qu'il n'y a qu'un seul plein temps universitaire.

À l'*Université McGill* le lien entre le titre et le mode de rémunération est vraisemblablement plus direct. Il semble que tout professeur ayant un titre universitaire (professor, associate, assistant) est rémunéré mais les arrangements financiers sont très variables. Si le comité avait entrepris des démarches auprès des autorités universitaires pour obtenir la liste des enseignants selon leur mode de rémunération, il semble que ces données n'auraient pu être fournies car l'université elle-même ne connaît pas la rémunération des plein temps géographiques hospitaliers, recrutés par les directeurs de département et financés par des sources d'origine diverse.

Pour les *Universités de Montréal et de Sherbrooke*, les données fournies dans les annuaires sont plus précises; il existe deux séries de titres universitaires dépendant du mode de rémunération:

— les titres classiques (professeur titulaire, agrégé, adjoint) qui s'appliquent aux enseignants qui sont plein temps universitaires ou demi-plein temps universitaires;

— les titres dits «de clinique» (professeur titulaire de clinique, agrégé de clinique, adjoint de clinique) qui s'appliquent aux enseignants qui reçoivent des forfaits très variables mais généralement modestes ou qui n'en reçoivent pas du tout.

Dans ces deux établissements, contrairement à l'Université Laval, les chargés de cours sont en très petit nombre à moins qu'ils ne soient pas identifiés systématiquement dans les annuaires.

Par souci d'équité, devant l'impossibilité d'obtenir une information comparable le comité a décidé d'ex-

clure de la grille d'analyse l'évaluation du nombre de professeurs car la comparaison du nombre total des enseignants ne veut rien dire en terme de disponibilité professorale. Pour reprendre l'exemple de la psychiatrie, le nombre total des enseignants est respectivement de 78 à l'Université Laval, 182 à l'Université McGill, 106 à l'Université de Montréal et 20 à l'Université de Sherbrooke tandis que le nombre de plein temps géographiques universitaires ou hospitaliers est respectivement de un, vraisemblablement de 88, 25 et 11. On ne peut en conclure toutefois que seul un enseignant du département de psychiatrie de l'Université Laval est disponible pour l'enseignement; il est d'ailleurs parfaitement connu que les enseignants non plein temps constituent une ressource professorale importante dans les quatre facultés de médecine.

Pour compliquer encore l'utilisation des données disponibles, on doit se souvenir que les enseignants sont comptabilisés par département et que les ressources professorales d'un département sont généralement impliquées dans plusieurs programmes dont le programme pré-doctoral qui requiert, on l'a déjà dit, beaucoup d'énergie de la part des professeurs.

Sans que les données concernant le nombre et la répartition des professeurs selon leur mode de rémunération soient nécessairement publiques, on peut déplorer qu'elles ne soient pas accessibles et le comité a voulu expliquer les difficultés rencontrées dans l'identification des ressources professorales par programme afin que des mesures soient prises pour améliorer la qualité de ces informations de sorte que des études ultérieures ne buteront pas sur les mêmes difficultés. En outre, le comité désire insister sur la nécessité et l'urgence d'instaurer un plafonnement réel des revenus des enseignants cliniciens des quatre universités. Le conflit d'intérêts évident entre les activités cliniques et l'enseignement est résolu de façon inégale d'une spécialité à l'autre et d'un sujet à l'autre de sorte qu'une disparité importante s'est installée, disparité génératrice d'amertume qui dure depuis plusieurs années.

Recommandations

(QUE les données concernant les ressources
(professorales soient comptabilisées de façon
(uniforme et qu'elles soient accessibles de
(telle sorte que l'on puisse savoir, *pour cha-*
(*que programme*
(
(— le nombre total des enseignants;
(
(— leur répartition selon leur titre universi-
(taire;
(
(— leur répartition selon leur statut: plein
(temps géographique universitaire, plein
(temps géographique hospitalier, ensei-
(gnant rémunéré à forfait, à l'acte ou
(enseignant bénévole.

(QU'un système de plafonnement des reve-
(nus des médecins cliniciens-enseignants
(soit instauré ou amélioré dans les Univer-
(sités Laval, de Montréal et de Sherbrooke.

Les critères de promotion

Il n'a été trouvé aucune description explicite des critères de promotion des résidents dans aucun des 115 programmes. On doit comprendre qu'il suffit qu'un sujet soit un «bon résident» pour poursuivre sa formation; on peut alors soupçonner qu'il est difficile de justifier la décision de faire reprendre un stage, voire d'exclure un candidat en s'appuyant sur un critère aussi peu défini que cette notion de «bon résident».

Les taux d'échecs aux examens de certification dans certains programmes obligent à s'interroger sur les processus d'évaluation et les critères de promotion en cours de formation. La promotion d'un candidat étant intimement reliée à son évaluation et celle-ci reliée aux objectifs du programme, nous aborderons l'ensemble de cette question, évaluation et promotion, dans le chapitre 5 à propos de l'évaluation du résident en cours de formation (page 186).

L'évaluation externe des programmes

Depuis 1972,[1] l'évaluation de la qualité des programmes relève du Comité conjoint des programmes de sorte qu'en janvier 1975 le Comité conjoint avait proposé aux doyens des facultés de médecine et à la Corporation les modalités d'une collaboration pour réaliser cette évaluation, en raison de leur expérience passée et afin de ne pas dédoubler les énergies.

Le comité est convaincu de la qualité de la démarche et tient à faire remarquer que peu de programmes de l'enseignement supérieur sont ainsi soumis périodiquement à la critique d'un comité d'experts extérieurs. Toutefois, le comité a été déçu ne ne pouvoir se servir, même avec l'assurance de la confidentialité, des observations et recommantations faites par

(1) Avis du Conseil des universités du 12 octobre 1971.

les experts car il n'a pu obtenir les rapports des visites d'agrément: seul le rapport de la visite d'agrément de l'Université McGill a été transmis. Pour les trois autres établissements, seules les résolutions du Comité des études médicales du bureau de la Corporation ont été transmises au Comité conjoint des programmes. Ces résolutions sont directement reliées au rapport des visites d'agrément mais excluent une grande partie de la substance du rapport pour s'en tenir surtout à des recommandations administratives.

Recommandation

(QUE le Comité conjoint des programmes (du Conseil des universités participe activement, et non comme observateur, aux (visites d'agrément des facultés de médecine (en désignant un expert pour chaque visite (et en assumant une partie des coûts.

Outre l'amélioration de la collaboration des organismes impliqués dans l'évaluation des programmes de spécialisation médicale, le comité s'interroge sur la possibilité d'améliorer le rendement d'une procédure que l'on sait être lourde et dispendieuse.

Tout d'abord, pour que le comité d'experts n'ait pas à effectuer tous les cinq ans une visite marathon d'observation suivie de l'analyse des données et des conclusions sur chacun des programmes, n'y aurait-il pas lieu de mettre en place dans chaque programme des mécanismes valables d'évaluation interne de sorte que les organismes d'agrément aient pour tâche de vérifier la qualité de l'application de cette évaluation interne, d'identifier les problèmes survenus et surtout, de vérifier si les mesures de correction adéquates ont été prises pour solutionner les problèmes. Une telle procédure revaloriserait les processus d'évaluation interne des programmes.

De plus, au lieu que ces visites d'agrément soient faites faculté par faculté, il serait préférable de les faire programme par programme simultanément dans les différentes facultés. On connaît les inconvénients de la procédure actuelle: polarisation des énergies humaines de l'institution en vue de la préparation à la visite d'agrément et gel des prises de décision jusqu'à l'émission du rapport, survenue d'un seul coup d'une grande quantité de critiques et de recommandations qui s'appliquent à l'ensemble des programmes. La procédure proposée permettrait d'accroître l'intérêt des observateurs en introduisant un élément de comparaison des programmes dans leur évaluation. Quelques programmes d'une faculté seraient évalués en même temps de sorte que l'institution pourrait donner suite plus rapidement aux recommandations; les recommandations des experts tiendraient compte de la complémentarité des programmes à l'échelle provinciale de sorte que l'on pourrait s'attendre à une meilleure utilisation des ressources avec ses conséquences probablement bénéfiques au niveau des coûts.

Il serait toutefois sage de faire l'essai de cette procédure dans une ou deux disciplines où l'on perçoit des problèmes avant de bouleverser l'organisation d'un système qui a fait ses preuves même s'il peut encore beaucoup s'améliorer.

Enfin, si le comité est convaincu de la valeur des observations faites pendant les visites d'agrément, il s'interroge sur l'autorité réelle de ces organismes sur les décisions universitaires. En effet, la prolifération des postes agréés dans les hôpitaux (Annexe X, page 373) pour former des internes et des résidents montre que les décisions se font souvent dans le sens de l'augmentation et très rarement dans le sens de la suppression.

Recommandations

(QUE les mécanismes d'évaluation interne de (chacun des programmes soient établis et (appliqués de sorte que les organismes d'agré- (ment puissent s'appuyer sur les résultats (de cette évaluation interne, après avoir (vérifié sa qualité, afin de prendre des déci- (sions et faire des recommandations.

(QU'à titre d'essai, dans des spécialités où (il existe des problèmes, l'organisation des (visites d'agrément soit modifiée de sorte (que les différents programmes d'une même (spécialité soient évalués simultanément.

Dans le cas de l'agrément d'un nouveau programme, et l'on vient d'en avoir un exemple avec les programmes en santé communautaire, le dédoublement des procédures, des énergies et des paliers de décisions est évident. En effet, après qu'un nouveau programme ait franchi les différentes instances d'approbation universitaire, trois organismes l'étudient et procèdent à des visites sur place avant de faire leurs recommandations; il s'agit:

— du sous-comité permanent d'évaluation des programmes de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ);

— du Conseil des universités par le biais du Comité conjoint des programmes;

— des organismes d'agrément que sont la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada.

Plusieurs questions surgissent: Ne peut-il arriver que l'on se trouve à court d'experts? Les questions posées par chacun des organismes sont-elles si différentes qu'elles justifient des procédures d'évaluation différentes? Le poids des recommandations de chacun des organismes est-il équivalent? Si oui, comment peut se faire la concertation?

Il serait plus fonctionnel que l'évaluation d'un nouveau programme en vue d'une approbation soit faite par un comité d'experts représentant les trois organismes mentionnés plus haut de sorte que chacun des experts apporterait une perspective d'analyse particulière, les organismes d'agrément évaluant la qualité pédagogique des programmes en vue de la formation professionnelle, la CREPUQ évaluant la valeur pédagogique des programmes en vue de la formation professionnelle et académique, le Conseil des universités apportant en plus la dimension des besoins de la collectivité et la perspective de la saine allocation des ressources.

Recommandation

(QUE l'approbation d'un nouveau programme
(de spécialisation médicale soit faite simul-
(tanément par les organismes d'agrément pro-
(fessionnels, le sous-comité permanent d'éva-
(luation des programmes de la Conférence
(des recteurs et des principaux des univer-
(sités du Québec et le Comité conjoint des
(programmes du Conseil des universités.

4.4 La grille d'analyse utilisée

Le tableau XIX de la page 169 résumait de quelle façon le comité en est arrivé à retenir la grille d'analyse proposée page 178 (tableau XXI).

Les résultats bruts de l'analyse des 115 programmes apparaissent au Chapitre 6, spécialité par spécialité.

Le comité est tout à fait conscient des limites de la méthode qui tiennent surtout à la différence entre ce qui est *écrit* et ce qui est *fait* dans chaque programme. Cette différence est inquiétante en soi. Toutefois, à l'intérieur de ces limites, les informations accumulées et la comparaison des différents programmes sont fort instructives et doivent mener à un sérieux examen de conscience de la part des différents responsables à tous les niveaux de décision.

Tableau XXI

Grille d'analyse comparative des programmes de spécialisation médicale, spécialité par spécialité.

Nombre de programmes (Tableau I)
Nombre moyen de résidents par an/5 ans (Annexe VIII)
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans (Annexe VIII)
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 (Tableau VII)
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs (Annexe VI)
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans (Tableau VII)
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral (Tableau XVI)
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral (Tableau XVII)
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis (Tableau XVII)
Durée du programme (Tableau II)

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.				
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.				
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.				
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.				
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.				
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.				
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.				
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.				
Il y a un directeur du programme.				
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés (Annexe X)				
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans) (Annexe VIII)				
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans) (Annexe IX)				

5. Les résultats de l'analyse: Forces et faiblesses des différents programmes relativement à chaque critère retenu

Le tableau XIX de la page 169 résumait de quelle façon le comité en est arrivé à retenir 11 critères[1] pour l'analyse comparative des différents programmes de spécialisation médicale, à savoir:

1. les objectifs du programme
3. les responsabilités du résident
4. les objectifs et le contenu des stages
5. les stages optionnels et de libre choix
13. la recherche
14. le directeur de programme
16. le nombre des étudiants
17. l'unité d'enseignement clinique
21. l'évaluation du résident en cours de formation
23. l'évaluation terminale: les examens de certification
24. l'évaluation interne du programme.

Ce choix ne remet pas en cause la valeur intrinsèque des critères exclus mais ils ne sont avérés peu utilisables aux fins de la présente étude; les raisons en ont été données dans le chapitre précédent.

La compilation des observations faites dans les différents programmes pour chacun des critères a permis d'identifier les défauts et les qualités qui se retrouvent constamment dans l'une ou l'autre des facultés de médecine de sorte que le comité désire faire des recommandations à ce sujet, établissement par établissement.

5.1 Les objectifs du programme

	Nombre de programmes où les objectifs sont clairement définis			
	bien	**peu**	**non**	**total**
Laval	11	2	13	26
McGill	2	—	29	31
Montréal	27	4	—	31
Sherbrooke	20	4	3	27

À l'Université Laval, les objectifs ne sont définis que dans la moitié des programmes de résidence. *À l'Université McGill*, les objectifs ne sont pratiquement jamais définis. D'ailleurs, la documentation transmise au comité ne ressemble que rarement à un programme: il s'agit soit des documents préparatoires à la dernière visite d'agrément (1979), documents non destinés aux étudiants, soit d'une page de l'annuaire de la faculté de médecine. On eût pu croire à une erreur de transmission des documents demandés n'eût été la constance de cette erreur. *À l'Université de Montréal*, on remarque un effort considérable pour élaborer des programmes à partir d'objectifs spécifiques conformément aux principes de la pédagogie moderne. *À l'Université de Sherbrooke*, on note également un net effort en ce sens.

Recommandations

(QUE la faculté de médecine de *l'Université McGill* entreprenne la rédaction des programmes de résidence afin qu'ils constituent réellement un contrat entre les étudiants et les enseignants et qu'à cette fin soient identifiés, pour chacun des programmes, des objectifs pédagogiques spécifiques.

(QUE les facultés de médecine des *Universités Laval et de Sherbrooke* poursuivent leurs efforts dans la rédaction des programmes de résidence à partir d'objectifs pédagogiques spécifiques.

[1] Les données concernant les enseignants ne seront pas consignées dans la grille car elles sont incomplètes et peu comparables d'une université à l'autre (cf: les ressources professorales, page 174).

5.2 Les responsabilités du résident

Le recueil des informations concernant ce critère a été difficile car les responsabilités du résident sont rarement décrites de façon bien individualisée mais elles se trouvent plutôt diluées dans les objectifs généraux, les objectifs de stage ou l'organisation administrative du programme.

	Nombre de programmes où les responsabilités du résident **selon son niveau** sont décrites			
	bien	**peu**	**non**	**total**
Laval	8	5	13	26
McGill	3	8	20	31
Montréal	13	7	11	31
Sherbrooke	15	5	7	27

À l'Université Laval, elles sont peu ou pas décrites dans les 2/3 des programmes. *À l'Université McGill,* elles ne sont, à toute fin pratique, pas définies par écrit. Toutefois, on comprend que les résidents seniors ont beaucoup de responsabilités tant au niveau des soins que de l'enseignement; par contre on saisit moins bien celles du résident junior. *À l'Université de Montréal,* il faudrait faire le même effort de précision que celui qui a été fait pour les objectifs. *À l'Université de Sherbrooke,* elles sont bien précisées dans 15/27 programmes. On doit citer en exemple le programme de psychiatrie dans lequel on décrit parfaitement les responsabilités que prend le résident, progressivement, au cours de sa formation.

Le comité reconnaît que dans les programmes où le nombre des résidents est important et ce, de façon constante, les fonctions, tâches et responsabilités sont souvent partagées entre les résidents de différents niveaux de façon instinctive et sans équivoque: chacun a sa place dans le service. Par contre, dans les programmes où l'achalandage est irrégulier, on risque de confier des responsabilités au résident selon sa compétence et non selon son niveau de sorte que l'on peut, à la limite, en faire un éternel résident junior. On imagine facilement les répercussions d'une telle situation sur l'évaluation en cours de formation et ses conséquences fâcheuses sur l'évaluation terminale.

Le comité pense qu'il est capital, non seulement de bien différencier le résident junior du résident senior, mais encore de faire une différence entre le résident I et II d'une part, et le résident III et IV d'autre part. Il est en plus nécessaire de définir le rôle du résident pendant certains stages très spécialisés et pendant les stages effectués en dehors du programme principal.

Recommandation

(QUE *l'ensemble des facultés de médecine,*
(*et plus particulièrement les Universités Laval*
(*et McGill,* fasse un effort dans la descrip-
(tion des responsabilités du résident en
(différenciant clairement les niveaux de ré-
(sidence.

5.3 Les objectifs et le contenu des stages

	Nombre de programmes où les objectifs et le contenu de **chaque stage** sont précisés			
	bien	**peu**	**non**	**total**
Laval	8	5	13	26
McGill	2	1	28	31
Montréal	24	4	3	31
Sherbrooke	12	4	11	27

On remarque, et l'on devait s'y attendre, qu'il y a une similitude ici avec les observations faites à propos des objectifs du programme (5.1). Dans les *Universités Laval et de Sherbrooke,* la planification des programmes à partir d'objectifs spécifiques est réalisée à 50% et plus et elle se poursuit. *À l'Université McGill,* on peut dire que, mises à part l'anesthésie-réanimation et l'urologie, il n'y a pas de planification écrite de programme. *À l'Université de Montréal,* les objectifs et le contenu des stages ont été décrits non seulement pour les stages obligatoires mais encore, dans la plupart des cas, pour les stages optionnels, ce qui paraît bien important pour que l'étudiant fasse un choix en connaissance de cause.

Recommandations

(QUE la faculté de médecine de *l'Université*
(*McGill* identifie les objectifs spécifiques et le
(contenu de chacun des stages, tant obliga-
(toires qu'optionnels, pour l'ensemble des
(programmes de résidence.

(QUE les facultés de médecine des *Univer-*
(*sités Laval et de Sherbrooke* poursuivent
(leurs efforts dans l'identification des objectifs
(spécifiques et du contenu de chaque stage,
(tant obligatoires qu'optionnels, des program-
(mes de résidence.

5.4 Les stages optionnels et de libre choix

	Nombre de programmes où des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts			
	oui	**peu**	**non***	**total**
Laval	24	—	2	26
McGill	29	—	2	31
Montréal	29	—	2	31
Sherbrooke	26	—	1	27

* Dans les quatre facultés, il s'agit des programmes d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Des stages optionnels sont offerts dans la quasi totalité des programmes; toutefois, leur nombre et leur durée sont très variables selon les disciplines et selon les établissements pouvant aller de trois mois à 18 mois voire exceptionnellement 24 mois.

Il arrive fréquemment que des stages optionnels ressemblent à certains des stages obligatoires de sorte que si les objectifs et le contenu des stages avaient été clairement identifiés, on eut dû remettre en cause la justification de telles options. En outre, dans de rares programmes, on offre en option la reprise d'un stage obligatoire, sans préciser ce que cette reprise lui ajoute. Ce phénomène semble relié à l'absence de ressources suffisantes dans le programme. Il est dommage que l'on n'ait pas recours, dans ce cas, aux ressources des autres programmes de la province en fournissant au résident des informations adéquates à ce sujet.

Les stages de libre choix ne sont pas explicitement offerts mais on a l'impression que l'année non définie par les normes minimales de formation permet aux résidents d'adapter le programme à leurs besoins à condition que les demandes particulières soient reçues favorablement par les directeurs de programme.

Recommandations

(QUE les objectifs et le contenu des stages
(optionnels des programmes de résidence
(des *Universités Laval, McGill et de Sher-*
(*brooke* soient clairement définis et qu'ils
(soient différents de ceux des stages obli-
(gatoires à l'intérieur d'un même programme.

(QUE les informations relatives aux différents
(stages optionnels pertinents offerts dans le
(reste du réseau, compte tenu des champs
(d'excellence des autres établissements,
(soient données dans chaque programme.

5.5 La recherche

Le recueil des informations au sujet des activités de recherche dans les programmes de résidence fut difficile en raison de l'emploi d'une terminologie floue qui montre assez bien que les stages de recherche ne sont pas la préoccupation majeure des responsables des programmes. En effet, on trouve exceptionnellement des stages de recherche *obligatoires* alors qu'on les offre souvent en *option*, qu'on *encourage* le résident à..., qu'on lui *recommande* de faire une année de recherche après sa formation régulière, qu'il *peut faire* un projet de... ou qu'il peut *bénéficier* d'une initiation à... En raison du manque de fermeté des mots, les données du tableau suivant donnent une image approximative de la réalité. On retient surtout qu'une activité de recherche relève plus de l'initiative du résident que de la volonté des responsables des programmes.

	Nombre de programmes où un stage de recherche est exigé ou fortement recommandé et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir				
	exigé ou fortement recommandé	**optionnel**	**«encouragé» projet initiation**	**en plus de la formation régulière**	**pas du tout**
Laval (26)	3	9	1	1	12
McGill (31)	9*	5	5	2	10
Montréal (31)	4	2	—	7	18
Sherbrooke (27)	4	3	3	—	17

(*) dont un an de recherche obligatoire en chirurgie générale

Il semble que certaines disciplines se prêtent mieux que d'autres à des stages de recherche car ils sont offerts dans presque tous les programmes de biochimie, d'endocrinologie, de microbiologie médicale, de néphrologie, de neuro-chirurgie, de psychiatrie, de rhumatologie et de santé communautaire. Toutefois, il est difficile de cerner les raisons exactes de cette constatation.

Comme pour l'ensemble des données de ce rapport, les informations concernant les stages de recherche proviennent des programmes *écrits*, aussi faudrait-il aller voir dans le milieu ce qui se passe réellement. La rencontre avec les étudiants lors de la consultation des milieux universitaires laisse à penser que le nombre de résidents qui font vraiment de la recherche avec réalisation d'un projet est petit dans les trois facultés francophones tandis qu'il est plus élevé à l'Université McGill. D'ailleurs dans les programmes de McGill, on trouve parfois des informations relatives aux différents moyens de financement dont peut disposer le résident pour une année de recherche.

Recommandations

(QUE les stages de recherche obligatoires
(et optionnels offerts dans les programmes
(de résidence des *quatre facultés de médecine* soient planifiés comme les autres stages: objectifs, conditions de réalisation et
(évaluation.

(QUE les informations concernant les différents secteurs de recherche des *quatre facultés de médecine* dans une discipline
(donnée ainsi que les différents modes de
(financement d'un stage de recherche soient
(données dans les programmes de résidence.

5.6 Le directeur de programme

À l'Université Laval, 25/26 programmes ont un directeur dont cinq d'entre eux sont en même temps directeurs de département. Cette double fonction peut être difficile à assumer pour un même individu car il peut être amené à défendre des intérêts éventuellement en conflit: ceux du département et ceux du programme de résidence. *À l'Université McGill*, la direction d'un programme de résidence n'est qu'exceptionnellement confondue avec la direction du département universitaire. *À l'Université de Montréal*, il est exceptionnel (environ 6/31 programmes) qu'il y ait un directeur de programme, notamment dans les disciplines médicales. La direction semble assurée par le président du comité pédagogique du programme qui réfère au comité directeur du département puis au directeur du département. La ligne d'autorité est difficile à identifier dans une telle structure et l'étudiant doit souvent se demander qui est responsable de quoi. On doit s'interroger sur l'efficacité administrative des programmes dans ces conditions. *À l'Université de Sherbrooke*, un directeur est identifié pour chacun des programmes; toutefois, il est assez souvent confondu avec le directeur du département ou de la section correspondant à une sous-spécialité en raison du petit nombre de professeurs dans certains départements ou sections.

Recommandation

(QU'un directeur de programme soit identifié
(pour chacun des programmes de résidence
(des *quatre facultés de médecine* et qu'il
(soit, autant que possible, différent du directeur de département.

5.7 L'achalandage des programmes, la masse critique

Au fil des années, à la demande des facultés de médecine, on a agréé de nouveaux postes de sorte qu'actuellement les hôpitaux du Québec ont une capacité d'accueil de 2 800 internes et résidents alors que le nombre de postes rémunérés est d'environ 1 800. S'il est important que la capacité d'accueil soit supérieure à la demande pour permettre aux étudiants de faire un choix de stage et d'entretenir ainsi une saine compétition des différents milieux, une telle disproportion entre les postes offerts et les postes occupés comporte des risques. En effet, lors du choix des stages, on peut être tenté d'influencer le choix des étudiants afin qu'ils se répartissent dans les différents hôpitaux en réalisant un saupoudrage peu compatible avec une masse critique suffisante pour un bon enseignement.

La masse critique dépend sûrement des situations d'apprentissage elles-mêmes reliées jusqu'à un certain point aux différentes spécialités. En outre, on doit admettre que la présence de nombreux résidents et enseignants de différents programmes dans un hôpital crée un climat et une émulation propice à l'apprentissage; par contre, il peut arriver que certaines ressources cliniques ou matérielles soient partagées par les résidents de différentes spécialités en créant ainsi un conflit d'intérêt; enfin, il est bien connu que lorsqu'un résident est seul, il est généralement surchargé par les soins et peu motivé à réclamer des activités d'enseignement didactique.

Les commentaires recueillis lors des consultations n'ont pas tout à fait clarifié le concept de masse critique, cependant, l'accord s'est fait sur certains points. Si les enseignants ont tendance à croire que le nombre des résidents dont ils ont la charge n'influence pas la qualité de leur enseignement, les résidents sont unanimes pour reconnaître la nécessité d'être plusieurs dans un service, quand ils sont résidents juniors; il se crée alors un effet de stimulation indéniable sur l'enseignement et l'apprentissage. Par contre, les résidents seniors, d'une façon générale, préfèrent une relation de type préceptoral avec les enseignants, surtout dans les spécialités chirurgicales et à technologie poussée.

Le tableau XXII de la page 184 montre que 44 programmes de spécialisation médicale ont eu quatre résidents en moyenne par année *ou moins* pendant les années 1975-76 à 1978-79; ce faible taux d'occupation ne peut que s'aggraver en raison du contingentement. La durée de ces programmes varie de deux à quatre ans et certaines spécialités sont des spécialités dont les effectifs professionnels sont très petits. Ces données signifient que 44 programmes ont eu de *zéro résident par an à un maximum d'un résident, par niveau de résidence, par an, par programme.* On imagine ce que devient la masse critique quand on sait que ces rares résidents peuvent en plus se répartir dans plusieurs hôpitaux. Il est justifié de se poser des questions sur la vitalité de tels programmes.

Le comité a décidé pour ce critère de s'en tenir à l'achalandage moyen annuel pendant les cinq dernières années (Annexe VIII, page 303) plutôt qu'à la notion floue de masse critique. Cet achalandage va constituer un argument important dans la rationalisation des programmes pour trois raisons: vérifier si l'achalandage moyen de l'ensemble des programmes permet au moins de maintenir les effectifs actuels (Annexe VII, page 293), voir si le nombre d'étudiants justifie l'existence d'un programme et, enfin, évaluer jusqu'à un certain point la valeur pédagogique des programmes telle que perçue par les étudiants puisqu'ils les ont choisis librement. Le comité est toutefois conscient que ce choix favorise toujours un peu les facultés de médecine montréalaises pour des raisons qui ne sont pas toujours pédagogiques. Il est surtout convaincu que le libre choix des étudiants est avant tout un excellent indicateur de la valeur des différents stages à l'intérieur d'un programme.

Une fois inscrits dans le programme, les résidents effectuent des stages dans différents hôpitaux et le comité a voulu se faire une idée de la masse critique en calculant *le rapport entre le nombre d'étudiants et le nombre d'hôpitaux agréés par programme.* Le tableau XXIII, page 185, montre que si la répartition des résidents se faisait uniformément dans les différents hôpitaux agréés, il y aurait eu, en moyenne, de zéro à deux résidents par hôpital dans 50% des programmes; or le contingentement diminuera cette moyenne dans les années à venir.

Le phénomène est encore plus grave dans les Universités Laval (69%) et de Montréal (58%) et d'autant plus étonnant que le nombre total d'internes et de résidents de Montréal est d'environ 600 par an et de Laval d'environ 350, alors qu'à Sherbrooke il est d'environ 150 (Tableau XV, page 148). On ne peut que déplorer la balkanisation des programmes de résidence dans les hôpitaux affiliés des Universités Laval et de Montréal avec ses conséquences inévitables sur la dispersion des ressources humaines et matérielles et la qualité de l'enseignement.

On est obligé de croire que la répartition ne se fait pas de façon uniforme entre les différents hôpitaux afin que la concentration des résidents soit suffisante dans chacun des milieux de formation et l'on se demande alors pourquoi il est besoin d'agréer autant de postes dans autant d'hôpitaux.

Recommandation

(QUE *l'ensemble des facultés de médecine*
(*du Québec* et en particulier celles des *Uni-*
(*versités Laval et de Montréal* réduisent le
(nombre de sites d'apprentissage des pro-
(grammes de résidence dans les hôpitaux
(affiliés afin d'accroître le nombre d'étudiants
(par site d'apprentissage et d'optimiser l'uti-
(lisation des ressources.

Le comité tient à attirer l'attention des universités sur les programmes suivants puisque pendant les cinq dernières années, le nombre moyen de résidents par an dans chacun de ces programmes fut inférieur au nombre d'hôpitaux agréés à les recevoir (Annexe X, page 373):

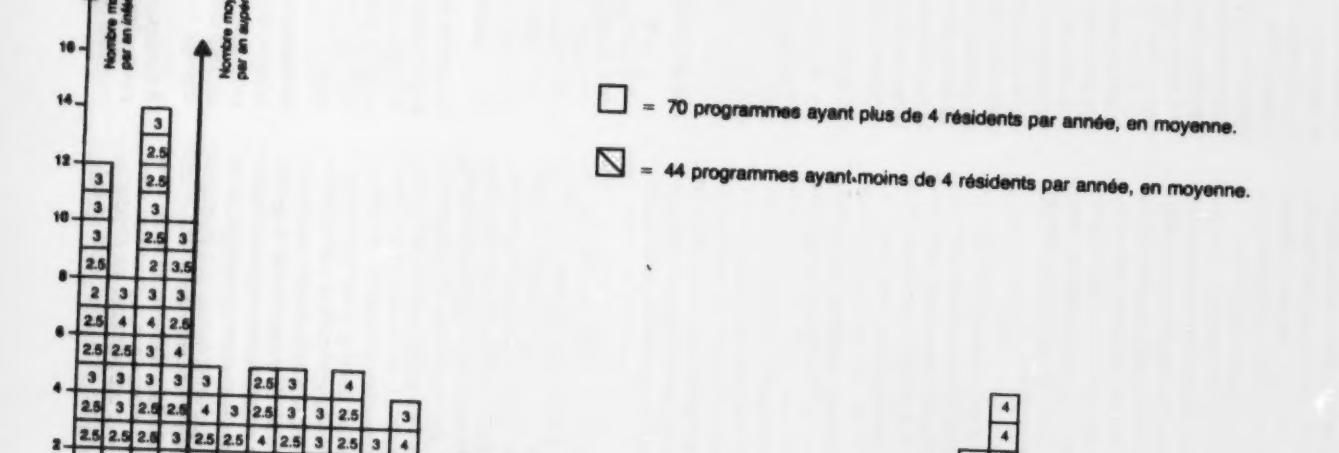
À l'Université Laval: biochimie médicale, endocrinologie, hématologie, microbiologie médicale, néphrologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie, physiâtrie, radiologie diagnostique, radiothérapie et urologie.

À l'Université McGill: biochimie médicale, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, médecine nucléaire, microbiologie médicale et radiothérapie.

Tableau XXII

Répartition des 114 programmes de spécialité médicale en fonction du nombre moyen de résidents par programme, par année. Le nombre moyen a été établi à partir des tableaux de répartition des internes et résidents dans les différents programmes pour les années 1975-76 à 1978-79 publiés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

REMARQUE: 8 programmes ont une durée de 2 ans
35 programmes ont une durée de 2.5 ans
32 programmes ont une durée de 3 ans
37 programmes ont une durée de 4 ans
2 programmes ont une durée de 5 ans



À l'Université de Montréal: allergie, endocrinologie, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, neurochirurgie, neurologie, physiâtrie, pneumologie, radiothérapie, rhumatologie et santé communautaire.

À l'Université de Sherbrooke: biochimie médicale, endocrinologie, hématologie, médecine nucléaire, microbiologie, pneumologie et radiothérapie.

5.8 L'unité d'enseignement clinique

Le comité ne s'attendait pas à trouver des unités d'enseignement clinique (U.E.C.) dans les spécialités de laboratoire, dans les spécialités où les soins en clinique externe sont prédominants, en anesthésie-réanimation, en santé communautaire et en psychiatrie bien que l'on pourrait s'attendre à une structure équivalence adaptée aux activités de ces spécialités.

Pour les autres disciplines, d'après les réponses au questionnaire adressé aux universités pour cette étude, l'U.E.C. est la structure pédagogique manifestement privilégiée pour l'enseignement clinique *dans les quatre universités* alors que certains stages, généralement en sous-spécialité, demeurent organisés selon un système patronal.

Lors des consultations, les étudiants des *Universités McGill et de Sherbrooke* ont semblé généralement satisfaits de l'organisation et du fonctionnement des U.E.C. *À l'Université Laval,* les étudiants ont fait valoir que la qualité de certaines unités pourrait être améliorée mais ils font clairement la différence entre un stage en unité et un stage de type patronal. S'ils reconnaissent l'intérêt et la valeur de ce dernier pour certains stages et à certains niveaux de résidence, ils apprécient les stages en unité pour plusieurs raisons, en particulier la prise de responsabilités, la qualité de l'enseignement et de l'évaluation.

Les étudiants de *l'Université de Montréal* ne semblent pas faire clairement de différence entre les stages de type patronal et les stages en unité d'enseignement clinique, ce qui oblige à se poser des questions sur l'organisation de ces dernières. Dans les deux cas il y a regroupement géographique des lits mais, si cette condition est nécessaire à l'organisation d'une U.E.C., elle est loin d'être suffisante. Les U.E.C. de l'Université de Montréal semblent peu rencontrer les critères généralement admis de l'U.E.C. et énoncés dans le Chapitre 3 (page 157) même si un effort a été fait dans le département de médecine et dans certains hôpitaux.

Recommandation

(QUE la faculté de médecine de *l'Université*
(*de Montréal* procède à l'évaluation de la
(qualité des unités d'enseignement clinique du
(réseau hospitalier affilié et poursuive l'im-
(plantation de nouvelles unités.

Tableau XXIII

Répartition des programmes de spécialisation médicale selon la valeur du rapport entre le nombre moyen de résidents par an et le nombre de postes agréés, par faculté (d'après l'Annexe X, page 373).

	Répartition des programmes selon la valeur de R[1]			
	R≤1	1.1<R<2	2.1<R<3	R≥3
LAVAL (26 programmes)	11 42%	7 27%	4 15%	4 15%
McGILL (31 programmes)	5 16%	3 10%	9 29%	14 45%
MONTRÉAL (31 programmes)	12 39%	6 19%	5 16%	8 26%
SHERBROOKE[2] (25 programmes)	7 27%	5 19%	5 19%	8 35%
TOTAL (113 programmes)	**35** **31%**	**21** **19%**	**23** **20%**	**34** **30%**

[1] R: *nombre moyen de résidents par an*
nombre d'hôpitaux agréés

[2] Le programme conjoint d'urologie McGill-Sherbrooke a été comptabilisé à l'Université McGill. Le programme en santé communautaire de Sherbrooke n'était pas agréé en 1978-79.

5.9 L'évaluation du résident en cours de formation

	Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue		
	fiche d'appréciation de fin de stage clinique	**examen écrit et/ou oral (1 à 2 fois par année)**	**évaluation de la compétence clinique par observation directe**
LAVAL (26 prog.)	— 26/26 — 4 fois/an — sanctionnelle	18/26	— médecine interne — pédiatrie — psychiatrie
McGILL (31 prog.)	— 31/31 — 2 à 4 fois/an — sanctionnelle	7/31	— psychiatrie (?)
MONTRÉAL (31 prog.)	— 31/31 — 4 fois/an — sanctionnelle	25/31	— pédiatrie — psychiatrie (?)
SHERBROOKE (27 prog.)	— 27/27 — 4 fois/an — sanctionnelle	11/27	— psychiatrie

Le tableau ci-dessus montre que seule l'évaluation faite à l'aide de la fiche *d'appréciation de fin de stage clinique* (modèle page 159) est éventuellement utilisée dans un but sanctionnel. Pourtant, autant cette forme d'évaluation est intéressante dans un but formatif car elle permet aux enseignants qui ont travaillé de façon étroite avec un résident pendant plusieurs mois de lui fournir une rétroaction, relativement à plusieurs dimensions de sa démarche, autant elle est peu fiable dans un but sanctionnel pour différentes raisons. D'une part, elle prétend mesurer les trois sphères du comportement (cognitif, psychomoteur et affectif) alors qu'il faudrait lui adjoindre des instruments de mesures complémentaires spécifiques. D'autre part, les relations entre les évaluateurs et l'évalué ont été si étroites pendant plusieurs mois que l'évaluation de l'un constitue, jusqu'à un certain point, l'évaluation des autres; dans ce cas, on peut s'interroger sur le degré d'objectivité de cette évaluation. Ce manque d'objectivité explique en partie le nombre élevé d'échecs aux examens de certification chez des candidats qui ont, semble-t-il, normalement progressé et qui ont été recommandés par le département facultaire pour se présenter auxdits examens.

Les *examens écrits et/ou oraux* qui évaluent principalement les connaissances ne sont proposés aux étudiants que dans 50% des programmes. Ils ne sont pas sanctionnels et constituent surtout une forme d'entraînement aux examens terminaux.

L'évaluation de la compétence clinique par *observation directe* qui évalue surtout les attitudes et les habiletés psycho-motrices et, à un moindre degré, les connaissances est très peu utilisée au niveau de la résidence. Or, l'expérience des milieux qui l'on utilisée a montré que ce n'était nullement superflu, même à ce niveau d'études.

L'évaluation de l'atteinte d'objectifs cognitifs, psycho-moteurs et affectifs requiert l'utilisation de différents instruments de mesure. Même si leur plus grand intérêt dans un processus d'apprentissage est d'être utilisés dans un but formatif, il n'en demeure pas moins nécessaire de leur conférer à tous une valeur sanctionnelle équivalente si l'on estime que la compétence clinique requiert des qualités minimales tant dans le domaine cognitif que dans les domaines psycho-moteur et affectif.

Les raisons fondamentales de la définition des objectifs du programme, de l'identification des responsabilités du résident selon son niveau et de la spécification des objectifs et du contenu de chaque stage sont de permettre la planification de l'apprentissage, d'une part, et la planification de l'évaluation, d'autre part. Cette évaluation doit s'assortir de l'établissement de *critères de promotion* si l'on veut lui donner une valeur sanctionnelle. On a vu dans le Chapitre 3 que les programmes de résidence, même bien planifiés, étaient muets sur cette question.

Recommandations

(QUE les *quatre facultés de médecine* améliorent les processus d'évaluation du résident (en cours de formation en développant des (instruments de mesure appropriés aux objectifs poursuivis tant sur le plan cognitif (que psycho-moteur et affectif et en les utilisant non seulement de façon formative mais (aussi dans un but sanctionnel.

(QUE les comités d'évaluation des différents (programmes de résidence des *quatre universités* procèdent à l'établissement de critères de promotion du résident, en cours (de formation.

5.10 L'évaluation terminale: les examens de certification

Le comité retient comme indicateur de la valeur pédagogique des programmes *les résultats aux examens de certification* des cinq dernières années en dépit des objections soulevées lors des consultations sur la valeur de ces examens (Annexe IX, page 337). On fait généralement valoir qu'il s'agit d'examens strictement cognitifs, qu'ils ne mesurent qu'une dimension de la compétence médicale, que leur qualité comme instrument de mesure est inégale... On doit toutefois faire remarquer que les questions sont élaborées par les enseignants, que les jurys d'examens sont constitués par ces mêmes enseignants et que la Corporation professionnelle des médecins du Québec a entrepris une étude extensive de la valeur docimologique de ces examens afin de les améliorer.

Par ailleurs, le comité est conscient du fait que des candidats peuvent être attribués à un programme alors qu'ils n'y ont effectué que leur dernière année; ces candidats ont cependant été recommandés par le directeur du programme aux examens de certification.

Les résultats bruts sont fournis sur la grille d'analyse discipline par discipline et programme par programme dans le Chapitre 6. Le clivage des résultats aux examens de certification en fonction de l'origine du diplôme (m.d.) est indiqué dans l'Annexe IX.

5.11 L'évaluation interne du programme

La question: «Se fait-il périodiquement une évaluation formelle interne du programme?» a été comprise différemment d'un établissement à l'autre. Dans les *Universités Laval, McGill de Sherbrooke,* on a bien saisi qu'il s'agissait d'évaluer le programme dans sa réalisation concrète, comme l'entendait le comité, alors qu'à *l'Université de Montréal,* on a souvent compris qu'il s'agissait de réévaluer les objectifs, probablement parce que l'opération de l'identification des objectifs des programmes et de leur planification vient de se faire dans presque tous les départements.

En dépit de l'ambiguïté de la question, on comprend que dans les quatre facultés il n'y a pas vraiment d'évaluation interne des programmes de résidence qui soit planifiée, structurée avec recueil de données aussi objectives que possible, identification des problèmes, proposition de solutions à ces problèmes et vérification de leur application.

La formule généralement utilisée est une ou deux réunions par année des responsables du programme et des résidents (ou de leurs représentants) au cours de laquelle l'évaluation se fait lors d'un échange verbal. De plus, on mentionne fréquemment que les problèmes qui surviennent en cours d'année sont vite solutionnés en raison du contact quotidien des résidents avec les enseignants. La solution des problèmes au jour le jour n'est cependant pas garante de l'amélioration des programmes, globalement et à long terme.

Le comité veut mentionner que des efforts ont été faits dans le champ de l'évaluation de programme, mais de façon partielle. Ainsi *à l'Université de Montréal* fonctionne un système d'évaluation des enseignants par les étudiants; *à l'Université Laval,* on procède chaque année à l'évaluation du fonctionnement des unités d'enseignement clinique en médecine et ses sous-spécialités, en chirurgie générale, en chirurgie orthopédique et en gynécologie-obstétrique. *À l'Université de Sherbrooke,* un questionnaire d'évaluation de fin de stage est rempli par les étudiants. *À l'Université McGill,* on s'en tient plus généralement, mais non exclusivement, à des réunions informelles du comité de programme.

Tous ces efforts démontrent une volonté des facultés de médecine d'évaluer leurs programmes. Toutefois, aucune démarche effectuée n'est assez globale pour mener à une critique sérieuse de leur fonctionnement. Les quatre universités pourraient s'entendre pour élaborer une grille commune d'évaluation de programme.

Recommandation

(QUE les facultés de médecine *des quatre*
(*universités* implantent un système d'évalua-
(tion interne périodique des programmes de
(résidence à l'aide d'une grille d'évaluation
(commune, évaluation à laquelle les résidents
(participeraient.

6. La rationalisation des programmes de spécialisation médicale

Il a été montré tout au long des Chapitres 4 et 5 que de nombreuses améliorations pourraient être faites pour accroître la valeur pédagogique des programmes de spécialisation médicale. Les commentaires et recommandations concernant chacun des critères d'un programme idéal ont été faits dans ces chapitres. Pour procéder à la rationalisation elle-même, nous avons tenu compte:

1. de la dépendance ou non des autres programmes de la faculté de médecine vis-à-vis du programme analysé (Tableaux XVI, pages 161, 162 et XVII, pages 163 et 164);
2. du nombre de résidents requis par année pour maintenir les effectifs *professionnels* actuels (Annexe VII, page 293);
3. de l'achalandage moyen annuel de chaque programme pendant les cinq dernières années (Annexe VIII, page 303);
4. des résultats aux examens de certification des candidats inscrits dans chaque programme pendant les cinq dernières années (Annexe IX, page 337).

Il sera fait mention à plusieurs reprises dans les recommandations de l'association de deux programmes. Le comité a défini dans le Chapitre 4 les conditions à remplir pour que deux programmes soient associés, au sens où l'entend le comité (page 173).

Avant d'aborder la rationalisation des programmes, spécialité par spécialité, le comité veut attirer l'attention du lecteur sur plusieurs points permettant de regarder positivement des recommandations dont on sait qu'elles seront initialement perçues négativement. En effet, quelques programmes seront radiés tandis que d'autres devront s'associer. Si l'on entend souvent dire que la prolifération des programmes et des postes agréés est excessive, chacun admet difficilement que son programme puisse faire l'objet d'une remise en question.

Les enseignants perçoivent la suppression de leur reconnaissance à former des résidents comme une critique personnelle car depuis longtemps l'acquisition d'un agrément de la part des organismes responsables était en quelque sorte la *reconnaissance explicite* de leur compétence professionnelle même s'ils ne recevaient pas nécessairement de résidents. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles de nombreux programmes de résidence ont des postes agréés dans presque tous les hôpitaux affiliés, pour chacun des programmes (Annexe X, page 373).

Les temps changent et le gouvernement a décidé que le Québec ne financerait les postes d'internes et de résidents qu'au prorata des besoins de la population de sorte que le contingentement est venu diminuer l'achalandage des programmes. De plus, il est clair que la priorité pour les 20 prochaines années est de privilégier la formation des médecins de première ligne. L'objectif déclaré est d'avoir 60% d'omnipraticiens vers l'an 2000 de sorte que cette politique aura probablement un effet restrictif supplémentaire sur le maintien de l'achalandage des programmes de résidence. Doit-on maintenir des programmes ouverts au cas où, *dans 20 ans par exemple*, il y aurait une recrudescence soudaine et importante des besoins en médecins spécialistes?

Au-delà du côté prestigieux d'avoir le droit de former des résidents, il est certain que ce n'est pas sans effet sur les enseignants et sur la dispensation des soins: il est très stimulant d'enseigner, le contact avec des étudiants avancés est exigeant, la présence des résidents oblige à se tenir à l'affût des récents développements dans sa discipline et même on observe parfois une inversion des rôles: l'enseigné devient l'enseignant. La radiation d'un programme n'est pas synonyme de la perte du privilège d'enseigner. En effet, pour les sous-disciplines médicales, par exemple, la présence de résidents de médecine interne permet de garder le contact avec des étudiants avancés. D'ailleurs, la dispersion des efforts des enseignants impliqués dans plusieurs programmes aboutit parfois à une certaine frustration des enseignants et des résidents.

Enfin, la fermeture d'un programme dont l'achalandage est nul ou quasiment nul depuis cinq ans semble au comité une mesure équitable vis-à-vis des autres facultés. En rompant le monopole exercé par un programme agréé qui ne fonctionne pas, on per-

met aux autres milieux de rentrer dans la compétition, sur un pied d'égalité, que ce soit pour la création d'un nouveau programme ou pour l'organisation d'un programme partiel spécifique qui pourrait s'associer à un programme existant.

L'objectif poursuivi par le comité lorsqu'il recommande l'association d'un programme est exclusivement pédagogique. Là encore, lorsque les ressources professorales sont limitées, il vaut mieux mettre tous les efforts sur une partie de la formation et la faire bien, que de tenter de prendre en charge la totalité du programme en ayant le sentiment, du côté étudiant, que l'on travaille en permanence en dehors des limites du possible. On se souvient des avantages de l'association de programmes (page 173) mais on veut ici insister sur les avantages pour les enseignants et le milieu: les résidents seront le véhicule direct de l'émulation entre les deux programmes, ils faciliteront l'élargissement des connaissances et des expériences et auront un effet de stimulation indéniable. Ces raisons sont généralement celles qui poussent, à juste titre, les enseignants à recommander aux résidents d'aller étudier une ou deux années à l'étranger.

Toutefois, pour que cet effet puisse être obtenu, l'association de programmes doit prévoir que les résidents reviennent en fin d'études dans le programme initial et non qu'ils effectuent tous la première partie de leur résidence dans les Universités Laval ou de Sherbrooke et la deuxième partie dans les Universités McGill ou de Montréal. Le comité espère avoir convaincu les responsables universitaires, facultaires et les enseignants que chaque médaille avait deux côtés et que les aspects positifs des recommandations de ce rapport doivent être présents à l'esprit du lecteur. Elles n'ont pas été faites dans un souci de décision administrative mais dans l'optique d'améliorer la qualité des programmes de formation médicale spécialisée au Québec.

Il semble important de faire ici, en rappel, *la synthèse des recommandations générales* portant sur chaque critère retenu pour l'analyse des différents programmes afin que le lecteur les ait à l'esprit en abordant le chapitre des recommandations spécifiques. Sans ce rappel, il risque de s'étonner que certaines observations apparaissant dans les grilles d'analyses ne fassent pas l'objet de recommandations, programme par programme.

Synthèse des recommandations générales s'appliquant à chaque critère retenu dans la grille d'analyse

1. les objectifs du programme

(QUE la faculté de médecine de *l'Université McGill* entreprenne la rédaction des programmes de résidence afin qu'ils constituent réellement un contrat entre les étudiants et les enseignants et qu'à cette fin soient identifiés, pour chacun des programmes, des objectifs pédagogiques spécifiques.

(QUE les facultés de médecine des *Universités Laval et de Sherbrooke* poursuivent leurs efforts dans la rédaction des programmes de résidence à partir d'objectifs pédagogiques spécifiques.

2. les conditions d'admission

(QUE les conditions d'admission dans un programme soient définies par le comité de programme en fonction des objectifs de celui-ci tout en respectant les règlements universitaires, les normes corporatives et les règlements de l'immigration.

3. les responsabilités du résident

(QUE *l'ensemble des facultés de médecine, et plus particulièrement les Universités Laval et McGill,* fasse un effort dans la description des responsabilités du résident en différenciant clairement les niveaux de résidence.

4. les objectifs et le contenu des stages

(QUE la faculté de médecine de *l'Université McGill* identifie les objectifs spécifiques et le contenu de chacun des stages, tant obligatoires qu'optionnels, pour l'ensemble des programmes de résidence.

(QUE les facultés de médecine des *Universités Laval et de Sherbrooke* poursuivent leurs efforts dans l'identification des objectifs spécifiques et du contenu de chaque stage, tant obligatoires qu'optionnels, des programmes de résidence.

5. les stages optionnels et de libre choix

(QUE les objectifs et le contenu des stages optionnels des programmes de résidence des *Universités Laval, McGill et de Sherbrooke* soient clairement définis et qu'ils soient différents de ceux des stages obligatoires à l'intérieur d'un même programme.

(QUE les informations relatives aux différents stages optionnels pertinents offerts dans le reste du réseau, compte tenu des champs d'excellence des autres établissements, soient données dans chaque programme.

6. la durée des stages

(QUE soit remise en question la définition a priori de la durée des stages et de la durée de chacun des programmes de formation en spécialisation médicale tout en respectant les normes d'admissibilité aux examens de certification.

(QUE l'instauration de mécanismes d'évaluation continue fiables, assortis de critères de promotion, permette la progression du résident à son propre rythme en fonction de l'atteinte des objectifs de chaque stage.

7. les stages hors programme

(QUE la nature des stages hors programme ainsi que leurs objectifs généraux et le partage des responsabilités en regard de l'évaluation du résident soient définis par le comité directeur du programme principal en consultation avec les responsables du programme d'accueil.

8. la complémentarité provinciale des programmes

(QUE la complémentarité provinciale des programmes de spécialisation soit reconnue par les universités et soit concrétisée par l'organisation de *programmes associés* comportant:

— un comité d'admission-évaluation unique;
— un comité de programme unique qui assure la complémentarité des deux programmes;
— un comité de promotion unique.

(QUE les résidents soient isncrits à l'université (où ils commencent leur formation et que leur (dossier soit transféré lorsqu'ils effectuent leur (formation en dehors du programme initial.

(QUE chaque composante du programme soit (dirigée par un responsable. Les objectifs (spécifiques, la planification pédagogique, (l'identification des ressources et l'évaluation (du programme local seront sous sa responsabilité.

(QU'il soit prévu des activités d'enseignement (et une partie de l'évaluation en commun afin (d'assurer un contact continu entre les résidents et les enseignants des deux programmes.

9. les stratégies pédagogiques

10. les cours hors programme

11. l'apprentissage en clinique externe

18. les ressources connexes

19. les ressources cliniques

20. les conditions d'études

(QUE les programmes de spécialisation médicale comportent une description des stratégies pédagogiques autres que l'enseignement (clinique incluant les cours hors programme ainsi qu'une description des ressources cliniques, des ressources connexes et des conditions d'étude nécessaires à la marche du (programme. Cette description facilitera le (processus d'évaluation interne et externe (du programme.

12. l'apprentissage de l'évaluation de l'acte médical et de la qualité des soins

(QUE l'acquisition des techniques d'évaluation (de l'acte médical et de la qualité des soins (fasse partie des objectifs pédagogiques des (programmes de spécialisation médicale.

13. la recherche

(QUE les stages de recherche obligatoires et (optionnels offerts dans les programmes de (résidence *des quatre facultés de médecine* (soient planifiés comme les autres stages: (objectifs, conditions de réalisation et évaluation.

(QUE les informations concernant les différents secteurs de recherche *des quatre facultés de médecine* dans une discipline donnée (ainsi que les différents modes de financement (d'un stage de recherche soient données (dans les programmes de résidence.

14. le directeur de programme

(QU'un directeur de programme soit identifié (pour chacun des programmes de résidence (des *quatre facultés de médecine* et qu'il soit, (autant que possible, distinct du directeur (de département.

15. les enseignants

(QUE les données concernant les ressources (professorales soient comptabilitées de façon (uniforme et qu'elles soient accessibles de (telle sorte que l'on puisse savoir, *pour chaque programme,*

— le nombre total des enseignants;
— leur répartition selon leur titre universitaire;
— leur répartition selon leur statut: plein-temps géographique universitaire, plein-temps géographique hospitalier, enseignant rémunéré à forfait, à l'acte ou enseignant bénévole.

(QU'un système de plafonnement des revenus (des médecins cliniciens-enseignants soit (instauré ou amélioré dans les *Universités (Laval, de Montréal et de Sherbrooke.*

16. les étudiants, la masse critique

(QUE l'ensemble des facultés de médecine (du Québec et en particulier celles des (*Universités Laval et de Montréal* réduisent (le nombre de sites d'apprentissage des (programmes de résidence dans les hôpitaux (affiliés afin d'accroître le nombre d'étudiants (par site d'apprentissage et d'optimiser l'utilisation des ressources.

17. l'unité d'enseignement clinique

(QUE la faculté de médecine de *l'Université de Montréal* procède à l'évaluation de la qualité des unités d'enseignement clinique du réseau hospitalier affilié et poursuive l'implantation de nouvelles unités.

21. l'évaluation du résident en cours de formation

(QUE les *quatre facultés de médecine* améliorent les processus d'évaluation du résident en cours de formation en développant des instruments de mesure appropriés aux objectifs poursuivis tant sur le plan cognitif que psycho-moteur et affectif et en les utilisant non seulement de façon formative mais aussi dans un but sanctionnel.

22. les critères de promotion

(QUE les comités d'évaluation des différents programmes de résidence des *quatre universités* procèdent à l'établissement de critères de promotion du résident en cours de formation.

24. l'évaluation interne des programmes

(QUE les facultés de médecine des *quatre universités* implantent un système d'évaluation interne périodique des programmes de résidence à l'aide d'une grille d'évaluation commune, évaluation à laquelle les résidents participeraient.

25. l'évaluation externe du programme

(QUE le Comité conjoint des programmes du Conseil des universités participe activement, et non comme observateur, aux visites d'agrément des facultés de médecine en désignant un expert pour chaque visite et en assumant une partie des coûts.

(QUE les mécanismes d'évaluation interne de chacun des programmes soient établis et appliqués de sorte que les organismes d'agrément puissent s'appuyer sur les résultats de cette évaluation interne, après avoir vérifié sa qualité, afin de prendre des décisions et faire des recommandations.

(QU'à titre d'essai, dans des spécialités où il existe des problèmes, l'organisation des visites d'agrément soit modifiée de sorte que les différents programmes d'une même spécialisation soient évalués simultanément.

(QUE l'approbation d'un nouveau programme de spécialisation médicale soit faite simultanément par les organismes d'agrément professionnels, le sous-comité permanent d'évaluation des programmes de la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec et le Comité conjoint des programmes du Conseil des universités.

Allergie

Nombre de programmes 2 Nombre de postes 11
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 9
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 4.2
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 38
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 47%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 2.5/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.		0	oui	
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.		0	oui	
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.		0	oui	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.		oui	peu	
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.		oui	0	
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.		encouragé	0	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.		0	oui	
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.		0	oui	
Il y a un directeur du programme.		oui	comité	
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés		8/3	3/3	
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)		4.2/9	0	
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)		6/9	—	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en *allergie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.
2. La certification annuelle de deux candidats restant exercer au Québec assurera amplement le renouvellement des effectifs.
3. Le programme de l'Université de Montréal n'a reçu aucun résident depuis cinq ans. Si l'on reste fidèle à l'idée que l'achalandage d'un programme est un assez bon indice de sa valeur, on doit le supprimer, ce qui revient à consacrer une situation de fait.
4. Le comité ne retient pas l'argument linguistique pour justifier le maintien de deux programmes.

Recommandations

(QUE l'approbation du programme d'allergie (de *l'Université McGill* soit maintenue pour la (*formation complète*.

(QUE le programme d'allergie de *l'Université (de Montréal* soit radié de la liste des pro- (grammes approuvés à compter du 1er juillet (1981.[1] Cette radiation n'exclut pas la pos- (sibilité pour l'Université de Montréal d'offrir (un stage spécifique dans un secteur d'ex- (cellence pour les résidents en allergie de (l'Université McGill.

[1] Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Anatomo-pathologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 91
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 54.2
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 29.8
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 188
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 38.8
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 43%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1
Durée du programme 4/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	?	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	peu	?	peu	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	oui	?	oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	oui	peu
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0	0	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	0	oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui	0	oui	peu
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	d. dépt.
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	15/6	40/9	30/7	6/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	6/7.4	13.4/32.2	9/12.2	1.4/2.6
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	5/6	24/31	6/7	0/1

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en *anatomo-pathologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine même si l'enseignement en anatomo-pathologie est indispensable à tous les niveaux et dans toutes les spécialités.

2. L'achalandage des quatre programmes, quand on exclut les étrangers, est insuffisant pour maintenir les effectifs dont on sait qu'ils ne sont pas assez nombreux et qu'ils sont plus âgés que la moyenne des spécialistes. En conséquence, il n'est pas opportun de diminuer le nombre de programmes.

3. Le taux d'occupation des postes est très faible dans les quatre programmes même à l'Université McGill quand on exclut les résidents étrangers, alors qu'il y a une carence en effectifs professionnels dans la province.

4. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke depuis cinq ans est faible de sorte qu'il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur la formation générale en anatomo-pathologie et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.

5. Lorsque l'on compare l'achalandage moyen annuel des quatre programmes (66.8) et le nombre d'hôpitaux agréés (21), on s'inquiète de la dispersion des résidents surtout à Laval mais aussi dans les autres programmes.

6. La diminution inévitable du nombre de certifiés en anatomo-pathologie pour les années à venir. 42% des certifiés des cinq dernières années étaient diplômés des autres pays alors que les effets du contingentement n'apparaissent encore pas (Annexe IX, page 337).

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes d'anatomo-pathologie des *Universités Laval, McGill et de Montréal* soit maintenue pour la *formation complète*.

(QUE l'approbation du programme d'anatomo-pathologie de *l'Université de Sherbrooke* soit maintenue pour *une formation partielle* à condition que soit réalisée une association avec un autre programme pour la formation complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents d'anatomo-pathologie des autres programmes de la province.

(QUE les organismes professionnels et les responsables des programmes facultaires identifient les raisons du peu d'intérêt que les étudiants ont pour cette discipline afin de recommander des mesures aptes à revaloriser cette spécialité.

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Anesthésie — Réanimation

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 115
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 66.8
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 39.8
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 432
Nb. de résidents m.c. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 81.4
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 39%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	oui	oui	0
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	oui	oui	oui	0
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0	oui	oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	peu	oui	oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0	0	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	oui	oui	peu
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui	réunion	0	0
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	27/6	46/10	30/6	12/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	13.6/15	10.6/29.4	14.4/18.6	1.2/3.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	19/23	25/44	24/47	0/5

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en *anesthésie-réanimation* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage des quatre programmes est insuffisant pour maintenir les effectifs même si l'on inclut les résidents étrangers. Or, on sait parfaitement que les effectifs en anesthésie-réanimation sont insuffisants et que leur âge moyen est beaucoup plus élevé que l'âge moyen de l'ensemble des spécialistes. En conséquence, il n'est pas opportun de diminuer le nombre de programmes.

3. L'achalandage moyen des programmes des Universités Laval, McGill et de Montréal s'équivaut quand on exclut les résidents étrangers. Bien que le nombre de résidents soit beaucoup plus petit dans le programme de Sherbrooke, la masse critique semble être comparable à celle des autres milieux car les résidents sont regroupés dans un seul hôpital. Toutefois, il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur une partie de la formation des résidents et à associer le programme avec un autre pour leur assurer une formation complémentaire.

4. Non seulement l'achalandage des programmes est insuffisant pour former les effectifs nécessaires mais encore le taux d'échecs aux examens de certification est très élevé indépendamment du programme, sauf celui de Laval, et indépendamment de l'origine des candidats, sauf celui de McGill où tous les étudiants ayant échoué sont diplômés (m.d.) des autres pays (Annexe IX, page 337).

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes d'anesthésie-réanimation des *Universités Laval, McGill et de Montréal* soit maintenue pour la *formation complète*.

(QUE l'approbation du programme d'anesthésie-réanimation de *l'Université de Sherbrooke* soit maintenue pour une *formation partielle* à condition que soit réalisée une association avec un autre programme pour la formation complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents d'anesthésie-réanimation des autres programmes de la province.

(QUE les responsables des programmes d'anesthésie-réanimation des *Universités McGill, de Montréal et de Sherbrooke* procèdent à l'évaluation de leur programme, révisent leurs critères d'admission, améliorent l'application du système d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

(QUE les organismes professionnels et les responsables des programmes facultaires identifient les raisons du moindre intérêt que les étudiants ont pour cette discipline afin de recommander des mesures aptes à revaloriser cette spécialité.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Biochimie médicale

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 12
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 4.6
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 3
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 20
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 60%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 4/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	(1)	0		peu
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.		0		oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.		0		peu
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.		oui		oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.		—		—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.		oui		oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.		?		oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.		0		0
Il y a un directeur du programme.	oui	oui		oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	5/5	4/3		3/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	1.8/3	0.4/0.8		0.8/0.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	5/5	3/5		1/1

(1) Il n'y a pas de programme écrit car il a été impossible d'en obtenir un exemplaire.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en *biochimie médicale* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. La certification annuelle d'un candidat qui resterait exercer au Québec assurerait amplement le renouvellement des effectifs d'autant plus que ceux-ci sont jeunes. La durée du programme étant de quatre ans, il suffit de quatre à cinq résidents par année; cet achalandage justifie difficilement l'existence de plusieurs programmes.

3. Le petit nombre de résidents dispersés dans les trois programmes et le petit nombre de certifiés en cinq ans ne permet pas au comité d'utiliser l'achalandage et le succès aux examens pour indiquer le programme à conserver. Toutefois, le programme proposé par l'Université de Sherbrooke est de loin le plus précis et le plus attrayant; il prévoit en outre un stage de recherche obligatoire et l'acquisition d'un diplôme de 2e cycle universitaire en cours de formation, ce qui paraît justifié dans une telle discipline.

Recommandations

(QUE l'approbation du programme de biochimie médicale de *l'Université de Sherbrooke* soit maintenue pour la *formation complète.*

(QUE les programmes de biochimie médicale des *Universités Laval et McGill* soient radiés de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1981.[1] Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour ces deux universités d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents en biochimie médicale inscrits à l'Université de Sherbrooke.

[1] Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Cardiologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 61
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 43.6
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 24
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 239
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 25.75
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 53%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 2.5/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	0	0	peu	peu
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	peu	peu	peu	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	50%	oui	en partie	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0	encouragé	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	0	0	oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui[1]	réunion	0	?
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	11/5	14/4	31/7	5/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	5/7.4	9.2/12	8.8/22.6	1/1.6
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	11/15	16/18	27/41	1/1

[1] Évaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

Considérant les points suivants:

1. Le programme de *cardiologie* n'est pas indispensable au sens strict du terme au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine, même si l'enseignement en cardiologie est indispensable à tous les niveaux et dans presque toutes les spécialités.

2. L'achalandage moyen des cinq dernières années, en excluant les étrangers, permet le maintien des effectifs actuels.

3. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke depuis cinq ans est faible de sorte qu'il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur une partie de la formation en cardiologie et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.

4. Les taux d'échecs des candidats du programme de l'Université de Montréal sont plus élevés (35%) que ceux des autres programmes (27% et 12%) alors qu'il s'agit du plus gros programme de la province.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de
(cardiologie des *Universités Laval, McGill et*
(*de Montréal* soit maintenue pour la *for-*
(*mation complète.*

(QUE l'approbation du programme de cardio-
(logie de *l'Université de Sherbrooke* soit
(maintenue pour une *formation partielle* à
(condition que soit réalisée une association
(avec un autre programme pour la formation
(complémentaire.

(Si l'association n'est pas réalisée en octobre
(1981,[1] ce programme sera radié de la liste
(des programmes approuvés à compter du
(1er juillet 1982.[2] La radiation de ce program-
(me n'exclut pas la possibilité pour l'Université
(de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique
(dans un secteur d'excellence pour les
(résidents de cardiologie des autres pro-
(grammes de la province.

(QUE les responsables du programme de
(cardiologie de *l'Université de Montréal* pro-
(cèdent à l'évaluation de leur programme,
(révisent leurs critères d'admission, amélio-
(rent l'application du système d'évaluation
(continue et terminale des résidents et défi-
(nissent des critères de promotion.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique

Nombre de programmes 2 Nombre de postes 14
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 10.2
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 4.4
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 57
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 52%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 3.5/5

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.		0	oui	
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.		oui	oui	
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.		0	oui	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.		peu	peu	
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.		oui	oui	
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.		oui	0 (en plus)	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.		0	0	
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.		0	0	
Il y a un directeur du programme.		oui	comité	
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés		4/4	10/6	
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)		2.2/3.2	2.2/7	
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)		7/7	9/11	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en *chirurgie cardio-vasculaire* et thoracique n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.
2. Les effectifs nécessaires dans cette spécialité sont intimement liés et de façon très rapide au développement de la technique de sorte qu'il est impossible, même *à court terme*, de définir les besoins en main-d'oeuvre dans cette discipline.
3. Même s'il est probable qu'un seul programme suffirait pour assurer la formation d'un nombre acceptable de spécialistes restant exercer dans la province de Québec, le comité reconnaît que la valeur des deux programmes est comparable de sorte qu'il serait arbitraire de supprimer l'un ou l'autre.

Recommandation

(QUE l'approbation des programmes de chi-
(rurgie cardio-vasculaire et thoracique des
(*Universités McGill et de Montréal* soit main-
(tenue pour la *formation complète*.

Chirurgie générale

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 278
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 188.4
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 130.4(1)
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 579
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 91.4
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 38%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 8
Durée du programme 4 ans (sauf à McGill où il dure 5 ans)

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	0	peu	0	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0	0	peu	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	oui	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	non	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0 (option)	oui (1 an)	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	0	?	peu
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui(2)	0	?	0
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	?	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	46/6	105/10	100/6	24/4
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	23.2/32.8	58.1/82.6	43.2/60	5.8/13
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	21/34	37/49	40/63	3/15

(1) Un grand nombre d'entre eux va s'orienter vers une sous-spécialité chirurgicale.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *chirurgie générale* est indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine tant au niveau pré-doctoral que post-doctoral.

2. Les liens entre l'achalandage des programmes et les effectifs professionnels sont impossibles à faire car le programme de chirurgie générale est en partie commun à l'ensemble des spécialités chirurgicales.

3. Les taux d'échecs aux examens de certification sont élevés pour l'ensemble des programmes (39% à Laval, 25% à McGill où le programme dure cinq ans au lieu de quatre, 37% à Montréal, 80% à Sherbrooke) avec une concentration des échecs (60%) chez les candidats diplômés (m.d.) des autres pays (Annexe IX, page 344).

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de chirurgie générale *des quatre universités* du Québec soit maintenue pour *formation complète.*

(QUE les responsables des programmes de chirurgie générale des *Universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke* procèdent à l'évaluation de leur programme, révisent leurs critères d'admission, améliorent l'application du système d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

Chirurgie orthopédique

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 76
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 48.4
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 32
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 237
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 38
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 58%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau,* sont décrites.	0	oui	peu	peu
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	contenu seulement	0	0	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	0 (sauf R5)	peu	oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	oui	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0 (sauf R5)	0	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	oui	oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui[1]	0	oui	réunion
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	oui	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	14/6	30/8	26/7	6/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	4.6/6.6	17.2/23.6	9.6/15.8	0.6/2.4
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	8/15	24/40	26/43	1/5

[1] Évaluation annuelle des unités d'enseignement du département de chirurgie.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en *chirurgie orthopédique* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine sauf pour le programme de physiâtrie (Tableau XVII, page 144).
2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes parvient tout juste à maintenir les effectifs professionnels; par contre, les effectifs professionnels sont plus jeunes que l'ensemble des spécialistes.
3. Les taux d'échecs aux examens de certification sont très élevés, pour l'ensemble des programmes (47% à Laval, 40% à McGill, 34% à Montréal et 45% à Sherbrooke) avec une concentration de ces taux d'échecs (61%) chez les candidats diplômés (m.d.) des autres pays (Annexe IX, page 345).
4. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke est insuffisant et démontre une faible attraction de ce programme sur les candidats locaux.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de chi-
(rurgie orthopédique des *Universités Laval,*
(*McGill et de Montréal* soit maintenue pour
(la *formation complète.*

(QUE l'approbation du programme de chirur-
(gie orthopédique de *l'Université de Sher-*
(*brooke soit maintenue pour une formation*
(*partielle* à condition que soit réalisée une
(association avec un autre programme pour
(la formation complémentaire. Si l'association
(n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce
(programme sera radié de la liste ds pro-
(grammes approuvés à compter du 1er
(juillet 1982.[2] La radiation de ce program-
(me n'exclut pas la possibilité pour l'Université
(de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique
(dans un secteur d'excellence pour les résidents de chirurgie orthopédique des autres
(programmes de la province.

(QUE les responsables des programmes
(de chirurgie orthopédique des *Universités*
(*Laval, McGill, de Montréal et de Sher-*
(*brooke* procèdent à l'évaluation de leur pro-
(gramme, révisent leurs critères d'admission,
(améliorent l'application du système d'évalua-
(tion continue et terminale des résidents et
(définissent des critères de promotion.

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Chirurgie plastique

Nombre de programmes 2 Nombre de postes 15
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 14
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 9.6
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 74
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 6.9
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 59%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 2/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.		0	peu	
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.		peu	0	
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.		0	0	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.		?	oui	
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.		oui	oui	
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.		oui	0	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.		oui	oui	
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.		oui	oui	
Il y a un directeur du programme.		oui	oui	
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés		6/3	9/6	
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)		3.6/6.4	6/7.6	
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)		6/7	15/16	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *chirurgie plastique* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.
2. L'achalandage actuel permet *plus* que le maintien des effectifs professionnels et ce, d'autant plus que ces effectifs sont plus jeunes que l'ensemble des spécialistes. L'un ou l'autre programme à lui seul permettrait le maintien des effectifs.
3. La valeur des deux programmes est comparable selon les critères d'analyse retenus par le comité de sorte qu'il serait arbitraire de supprimer l'un ou l'autre. Par ailleurs, le comité reconnaît à chacun des programmes un domaine d'excellence: la micro-chirurgie à l'Université McGill et la prise en charge des brûlés à l'Université de Montréal.
4. L'achalandage moyen va se modifier sous l'effet conjoint de deux facteurs: le contingentement des postes d'internes et de résidents et le comblement des besoins en effectifs dans la province de Québec.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de chi-
(rurgie plastique des *Universités McGill et*
(*de Montréal* soit maintenue pour une *for-*
(*mation complète.*

(QUE les *Universités McGill et de Montréal*
(explorent la possibilité d'une association
(tenant compte de la complémentarité des
(deux programmes en ce qui a trait à leurs
(domaines respectifs d'excellence.

(QU'une réévaluation de la nécessité du main-
(tien de deux programmes dans la province
(de Québec soit faite en 1985.

Dermatologie

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 34
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 27
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 24.2
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 105
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 73%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	0	oui	
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	oui	0	0	
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	peu	0	oui	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	peu	
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0 (option)	oui	0	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	0	oui	
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	réunion	réunion	oui	
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	6/2	16/4	12/5	
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	3/3.2	12.8/14.4	8.4/9.4	
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	6/9	17/20	17/19	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *dermatologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine même si l'enseignement de la dermatologie est important au niveau de la formation générale.
2. L'achalandage nécessaire au simple renouvellement des effectifs est impossible à évaluer car cette spécialité est en expansion continue et la demande est encore forte. Toutefois, au rythme où l'on va et sachant que les effectifs professionnels sont très jeunes, il est probable que la saturation est proche de sorte que le nombre de résidents devrait diminuer spontanément. Par contre, contrairement à d'autres spécialités, le contingentement aura peu d'effet sur l'achalandage des programmes de dermatologie car la proportion de diplômés (m.d.) des autres pays y est faible.
3. Avec les indicateurs retenus par le comité pour procéder à la rationalisation des programmes, il n'y a pas de différence majeure sur la valeur des trois programmes. On peut remarquer toutefois que les échecs sont plus élevés parmi les candidats du programme de Laval mais avec un petit nombre de candidats.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de
(dermatologie des *Universités Laval, McGill*
(*et de Montréal* soit maintenue pour une
(*formation complète.*

(QUE la nécessité du maintien de trois
(programmes de dermatologie dans la provin-
(ce de Québec soit réévaluée pour le 1er juillet
(1985.

Endocrinologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 27
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 14.6
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 8.2
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 87
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 68%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1
Durée du programme 2.5/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau,* sont décrites.	oui	0	0	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0	0	oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	peu	?
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	oui	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	?	oui	oui (en plus)	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	?	0	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui[1]	0	oui	oui
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	?
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	4/2	11/3	10/6	2/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	1.8/2	3.6/6.8	2.8/5.6	0.2/0.2
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	5/7	10/11	8/9	1/1

[1] Évaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme *d'endocrinologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine sauf pour celui d'obstétrique-gynécologie (Tableau XVII, page 163).
2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes permet tout juste le maintien des effectifs professionnels; par contre, on doit noter que ces effectifs sont jeunes.
3. On est frappé dans le cas de l'endocrinologie par la dispersion des résidents et l'on peut s'interroger sur la valeur de la masse critique quel que soit le programme envisagé.
4. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke est presque nul de sorte que la suppression du programme viendrait seulement consacrer une situation de fait. Il y aurait avantage à concentrer les efforts sur l'organisation d'un stage dans un secteur d'excellence offert en option aux résidents des autres programmes.
5. L'achalandage moyen du programme de l'Université Laval justifie difficilement le maintien d'un programme complet. Il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur une partie spécifique de la formation et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes d'endocrinologie des *Universités McGill et de Montréal* soit maintenue pour une *formation complète.*

(QUE l'approbation du programme d'endocrinologie de *l'Université Laval* soit maintenue pour une *formation partielle* à condition que soit réalisée une association avec un autre programme pour la formation complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité pour l'Université Laval d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents d'endocrinologie des autres programmes de la province.

(QUE le programme de spécialisation d'endocrinologie de *l'Université de Sherbrooke* soit radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1981.[2] Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique, dans un secteur d'excellence pour les résidents d'endocrinologie des autres programmes.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Gastro-entérologie

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 27
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 21.6
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 14.8
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 100
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 11.25
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 59%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 2.5/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.		0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.		0	0	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.		0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.		peu	oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.		oui	oui	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.		option	option[1]	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.		0	oui	?
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.		0	oui	0
Il y a un directeur du programme.		comité	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés		10/4	15/5	2/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)		7.6/9.6	6.4/10.6	0.8/1.4
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)		10/12	17/23	3/5

[1] 6 mois de recherche quand le candidat envisage de faire une carrière académique.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *gastro-entérologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.
2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes fait *plus* que maintenir les effectifs professionnels et ce d'autant plus que ces effectifs sont plus jeunes que l'ensemble des spécialistes.
3. L'achalandage moyen du programme de l'Université de Sherbrooke est faible mais le taux d'occupation des postes à Sherbrooke est aussi élevé qu'à Montréal. Toutefois, on peut s'interroger sur la justification pédagogique d'agréer deux postes pour un programme complet quand celui-ci dure deux ans et demi car un tel agrément implique qu'il n'y aura jamais plus d'un résident par niveau présent dans le programme.
4. Il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants de Sherbrooke sur une partie de la formation et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de gastro-entérologie des *Universités McGill et de Montréal* soit maintenue pour une *formation complète.*

(QUE l'approbation du programme de gastro-entérologie de *l'Université de Sherbrooke* soit maintenue pour une *formation partielle* à condition que soit réalisée une association avec un autre programme pour la formation complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents de gastro-entérologie des autres programmes de la province.

(QUE les organismes d'agrément réévaluent leur politique relativement à l'approbation d'un programme d'une durée de deux ans et demi ne comportant que *deux postes* de résidents.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Hématologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 30
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 16.8
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 12
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 115
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 13.65
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 62%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 2.5/4 ans

	Laval	McGill	Montréal[2]	Sherbrooke[2]
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	oui	peu	oui	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	peu	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	peu	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	en partie	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	oui	0 (encouragée)	0 (R5)	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	0	?	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui[1]	0 (réunion)	peu	0
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	4/3	14/4	10/6	2/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	2.2/2.2	5.6/9.4	3.6/4.6	0.6/0.6
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	5/7	9/11	9/14	1/1

[1] Évaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.
[2] Les programmes de Montréal et de Sherbrooke sont associés.

Concernant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialité en *hématologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine même si l'enseignement en hématologie est indispensable à tous les niveaux et dans toutes les spécialités.
2. L'achalandage moyen des quatre programmes permet *plus* que le maintien des effectifs professionnels alors que la moyenne d'âge de ces effectifs est plus basse que celle de l'ensemble des spécialistes.
3. La dispersion des résidents est importante dans les quatre programmes avec un taux d'occupation des postes allant de 30% à 55% quand on exclut les diplômés (m.d.) des autres pays. D'ailleurs l'achalandage des deux dernières années a beaucoup diminué (Annexe VIII, page 315).
4. L'association du programme de Sherbrooke au programme de Montréal, condition de l'agrément de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, a été réalisée.
5. Le champ d'application de l'hématologie s'est étendu à l'oncologie depuis l'avènement de la chimiothérapie de sorte qu'il faudrait redéfinir le champ d'activité de l'hématologiste et que cette redéfinition se reflète au niveau de l'élaboration des programmes de formation.

Recommandations

(Que l'approbation du programme d'hématolo-
(gie de *l'Université McGill et du programme*
(*associé des Universités de Montréal et de*
(*Sherbrooke* soit maintenue pour une *for-*
(*mation complète.*

(QUE l'approbation du programme d'hémato-
(logie de *l'Université Laval* soit maintenue
(pour une *formation partielle* à condition que
(soit réalisée une association avec un autre
(programme pour la formation complémentai-
(re. Si l'association n'est pas réalisée en
(octobre 1981,[1] ce programme sera radié de
(la liste des programmes approuvés à compter
(du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce pro-
(gramme n'exclut pas la possibilité pour l'Uni-
(versité Laval d'offrir un stage spécifique dans
(un secteur d'excellence pour les résidents
(d'hématologie des autres programmes de la
(province.

(QUE les normes minimales de formation
(en hématologie ainsi que les objectifs des
(programmes de formation soient redéfinis en
(raison de l'implication de l'hématologiste
(dans le champ de l'oncologie.

(QUE la réévaluation du nombre de program-
(mes en hématologie soit faite advenant la
(reconnaissance d'une spécialité en oncolo-
(gie.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Médecine interne

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 354
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 290.8
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 237.8
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 251
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 73.8(1)
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 35%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 14
Durée du programme 4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	0	oui	0
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	0	0	oui	0
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	oui	0	oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	peu	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0	?	0 (option)	?
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	?	oui	?
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui(2)	?	non	oui
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	?	?
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	55/6	149/7	120/5	30/3
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	38.4/42.6	111.8/143.8	68.4/82.6	19.2/21.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	6/7	56/68	18/30	8/9

(1) Un grand nombre d'entre eux va s'orienter vers une sous-spécialité médicale.
(2) Évaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *médecine interne* est indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine tant au niveau pré-doctoral que post-doctoral.
2. Il est impossible d'évaluer si l'achalandage moyen des programmes permet ou non le maintien des effectifs professionnels car une grande partie des résidents des programmes de médecine interne vont s'orienter ultérieurement vers une sous-spécialisation médicale puisque la médecine interne constitue un tronc commun à l'ensemble de ces sous-spécialités.
3. Le taux d'échecs aux examens de certification des candidats du programme de Montréal (40%) est deux à trois fois plus élevé que les taux d'échecs des candidats des programmes de Laval (15%), de McGill (18%), et de Sherbrooke (12%).

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de médecine interne soit maintenue dans *les quatre universités* pour la *formation complète.*

(QUE les responsables du programme de médecine interne de *l'Université de Montréal* procèdent à l'évaluation de leur programme, révisent leurs critères d'admission, améliorent l'application du système d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

Médecine nucléaire

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 17
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 4.8
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 2.8
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 31
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 42%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.		0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.		0	oui	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.		0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.		oui	oui	peu
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.		—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.		0	? (option)	oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.		?	oui	?
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.		0	informelle	informelle
Il y a un directeur du programme.		oui	oui	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés		6/3	6/5[1]	5/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)		0.6/2.4	1.8/2	0.4/0.4
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)		1/1	1/1	2/2

[1] On remarque la dispersion des résidents: 5 postes dans 5 hôpitaux.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *médecine nucléaire* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.
2. L'achalandage moyen de l'ensemble des résidents depuis cinq ans peut difficilement justifier plus d'un programme. D'ailleurs, il suffit d'un certifié par an pour maintenir les effectifs.
3. La dispersion des résidents dans les trois programmes et la réussite à 100% des quatre candidats qui se sont présentés pendant les cinq dernières années ne permet pas de différencier la valeur de chaque programme. Le nombre des étudiants a augmenté récemment (Annexe VIII, page 318) alors que le marché du travail dans cette discipline est peu extensible, aussi peut-on s'attendre à un retour prochain à l'achalandage antérieur.
4. À l'Université McGill, il n'y a pas de programme écrit tandis que les programmes de Montréal et de Sherbrooke sont sérieusement conçus et bien planifiés. Dans les deux cas, le résident peut acquérir une maîtrise en cours de formation. À Sherbrooke, la formation théorique semble solide et les conditions sont réunies pour offrir un stage de recherche. À Montréal, l'orientation vers la clinique est privilégiée tandis que la formation théorique semble moins bien structurée et que les conditions pour faire un stage de recherche sont plus aléatoires.

Recommandations

(QUE l'approbation du programme de médecine nucléaire de *l'Université de Sherbroke* soit maintenue pour une *formation complète*.

(QUE l'approbation du programme de médecine nucléaire de *l'Université de Montréal* soit maintenue pour une *formation partielle* à condition que soit réalisée une association avec le programme de l'Université de Sherbrooke pour la formation complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce programme de l'Université de Montréal sera radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité pour l'Université de Montréal d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents de médecine nucléaire du programme de Sherbrooke.

(QUE le programme de médecine nucléaire de *l'Université McGill* soit radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour l'Université McGill d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents en médecine nucléaire des autres programmes.

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Microbiologie médicale

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 22
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 14.2
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 11.4
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 65
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 9.8
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 49%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	0	peu	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	0	0	0	0
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0	0	peu	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui[1] (12 mois)	oui[1] (12 mois)	oui (3 mois)	oui[1] (24 mois)
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	?	?	oui	oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	?	oui	?
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	0	0	0	oui
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	?
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	4/4	6/5	12/5	3/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	2/2.4	2.4/3.4	7/8.4	0/0
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	3/5	4/5	12/13	—

[1] La durée des options est précisée mais l'éventail des stages offerts en option n'est pas précisé.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *microbiologie* médicale n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen actuel permet amplement le renouvellement des effectifs professionnels de la province, renouvellement qui pourrait être assuré par le seul programme de l'Université de Montréal. L'achalandage moyen des programmes de Laval et de McGill est faible tandis que celui du programme de Sherbrooke est nul.

3. Les programmes présentés par les Universités Laval et McGill sont certainement à réviser pour ne pas dire à définir.

4. On observe actuellement de profondes mutations dans les activités du microbiologiste médical; on lui demande d'être infectiologue c'est-à-dire d'avoir la double compétence de l'interniste ou du pédiatre et du microbiologiste de sorte qu'il a des activités cliniques et des activités de laboratoire. En outre, il doit acquérir une compétence spécifique en pharmacologie clinique relativement aux antibiotiques. Les programmes de formation en microbiologie médicale devraient être modifiés pour que les résidents acquièrent cette triple compétence: clinique, microbiologique et pharmacologique.

Recommandations

(QUE l'approbation du programme de microbiologie médicale de *l'Université de Montréal* soit maintenue pour la *formation complète*.

(QUE les normes minimales de formation en microbiologie médicale ainsi que les objectifs du programme de formation de *l'Université de Montréal* soient redéfinis compte tenu de l'orientation vers l'infectiologie des activités du microbiologiste.

(QUE les programmes de microbiologie médicale des *Universités Laval, McGill et de Sherbrooke* soient radiés de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1981.[1] Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour ces universités d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence aux résidents en microbiologie médicale de l'Université de Montréal.[2]

(1) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

(2) Dans le cas où les besoins en microbiologistes médicaux augmenteraient de telle sorte que serait justifiée la création d'un deuxième programme, les trois universités seront alors sur un pied d'égalité pour défendre un nouveau programme.

Néphrologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 29
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 16.4
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 9.8
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 65
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 65%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 2.5/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	peu	0	0	0
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	peu	0	0	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	?	oui	oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	oui	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	"collaborer à"	"can be arranged"	option[2] (M.Sc.)	option
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	0	?	0	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui[1]	rencontres	réunion	0
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	?
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	3/1	11/3	12/5	3/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	0.4/0.4	4.6/9.2	3.2/5	1.6/1.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	17/17	9/10	5/5

[1] Évaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.
[2] Le stage de recherche est optionnel mais peut se faire sans année supplémentaire.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *néphrologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen des quatre programmes assure le renouvellement des effectifs actuels d'autant plus facilement qu'ils sont plus jeunes que l'ensemble des spécialistes.

3. L'achalandage moyen pour l'ensemble de la province ne justifie pas le maintien de quatre programmes mais les succès aux examens (100%) de certification ne permettent pas de faire de différence sur la valeur de ces programmes. Toutefois, les achalandages des programmes de Laval et de Sherbrooke sont très faibles.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de
(néphrologie des *Universités McGill et de*
(*Montréal* soit maintenue pour la *formation*
(*complète.*

(QUE l'approbation des programmes de né-
(phrologie des *Universités Laval et de Sher-*
(*brooke* soit maintenue pour une *formation*
(*partielle* à condition que soit réalisée une
(association avec un autre programme pour
(la formation complémentaire. Si l'association
(n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ces
(programmes seront radiés de la liste des
(programmes approuvés à compter du 1er
(juillet 1982.[1] La radiation de ces programmes
(n'exclut pas la possibilité pour les Universités
(Laval et de Sherbrooke d'offrir un stage
(spécifique dans un secteur d'excellence pour
(les résidents de néphrologie des autres
(programmes.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(1) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Neurochirurgie

Nombre de programmes 4 — Nombre de postes 24
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 18.6
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 5.4
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 54
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 51%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 4/5 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	0[1]	peu	peu
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	oui	0	0	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	oui	0	0	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	peu	oui	peu	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	non	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	possible (M.Sc.)	possible	possible (en plus)	oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	oui	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	0	0	0	0
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	4/2	12/3	6/5	2/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	2.2/2.4	2.6/11.6	0.6/3.2	0/1.4
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	4/10	—	2/2

[1] Le document transmis n'est pas vraiment un programme d'enseignement.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *neurochirurgie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. Le nombre de neurochirurgiens actuellement en activité dans la province de Québec est de 54 et l'on sait que le nombre de neurochirurgiens par rapport à la population est très élevé. Pour maintenir ces effectifs qui sont déjà très nombreux, il suffit d'avoir deux à trois nouveaux certifiés par année. Il est intéressant de remarquer que, en dépit d'un achanlandage disproportionné aux besoins, le nombre de certifiés est faible (6 certifiés en 5 ans) car de nombreux candidats se sont arrêtés, ont échoué ou ont passé leurs examens de certification en dehors de la province de Québec.

3. Le nombre de candidats diplômés de la province de Québec est faible même si l'on considère l'ensemble des programmes de sorte que le seul programme de l'Université McGill suffirait pour répondre aux besoins de la province.

4. *Par ailleurs*, ce comité n'est pas le premier à reconnaître le caractère aberrant de cette situation. Déjà, en 1976, le sous-comité des doyens des facultés de médecine et la Corporation professionnelle des médecins du Québec ont tenté de réaliser une concertation entre les quatre directeurs de programmes pour réduire le nombre de programmes et réaliser une complémentarité entre l'Université McGill et l'Université de Montréal, concertation qui s'est soldée par un échec.

Recommandations

(QUE l'approbation *d'un seul* programme de
(spécialisation en neurochirurgie soit mainte-
(nue pour la *formation complète* et que ce
(programme soit situé à *l'Université McGill.*
(QUE les programmes de neurochirurgie des
(*Universités Laval, de Montréal et de Sher-*
(*brooke* soient radiés de la liste des program-
(mes approuvés à compter du 1er juillet 1981.[1]
(Cette radiation n'exclut pas la possibilité
(pour ces universités d'offrir un stage spécifi-
(que dans un secteur d'excellence aux résidents de neurochirurgie de l'Université McGill.

[1] Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Neurologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 44
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 28.8
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 16.4
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 134
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 19.75
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 70%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	0	0	peu	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0[1]	0	oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	oui	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	option (R4)	projet	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui[2]	0	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui	réunion	réunion	0
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	oui	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	4/2	22/4	14/6	4/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	0/0.8	11.2/20.4	4.6/5.2	0.6/2.4
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	24/25	5/10	2/2

[1] Les objectifs sont définis pour le stage de neurologie offert aux résidents en médecine interne.
[2] Évaluation annuelle des unités d'enseignement du département de médecine.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *neurologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine sauf pour le programme de physiâtrie (Tableau XVII, page 164).
2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes assure amplement le renouvellement des effectifs professionnels et ce, d'autant mieux que ces effectifs sont très jeunes.
3. L'achalandage moyen du programme de Sherbrooke ne peut justifier le maintien d'un programme complet; il y aurait avantage à concentrer les efforts des enseignants sur une partie spécifique de la formation et à associer le programme à un autre pour assurer aux résidents une formation réellement complémentaire.
4. L'achanlandage moyen du programme de Laval est presque nul.
5. Le programme de neurologie de l'Université de Montréal n'exerce pas une grosse attraction sur les étudiants québécois et les échecs aux examens sont élevés (5 sur 10) alors qu'ils sont à peu près nuls pour les candidats des autres programmes. En outre, le comité s'inquiète de la dispersion des résidents puisqu'il y a cinq résidents en moyenne par année qui peuvent être dispersés dans six hôpitaux.

Recommandations

(QUE l'approbation du programme de neurologie de *l'Université McGill* soit maintenue pour la *formation complète*.

(QUE l'approbation du programme de neurologie de *l'Université de Montréal* pour la *formation complète* soit conditionnelle à l'amélioration du programme, à la réduction du nombre des centres hospitaliers agréés, à l'amélioration du système d'évaluation des résidents et à l'établissement de critères de promotion. Ces conditions doivent être remplies avant le 1er juillet 1982 et démontrées aux organismes responsables de la qualité des programmes.

(QUE l'approbation du programme de neurologie de *l'Université de Sherbrooke* soit maintenue pour une *formation partielle* à condition que soit réalisée une association avec un autre programme pour la formation complémentaire. Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981,[1] ce programme sera radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ce programme n'exclut pas la possibilité pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents de neurologie des autres programmes de la province.

(QUE le programme de neurologie de *l'Université Laval* soit radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1981.[2] Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour l'Université Laval d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents de neurologie des autres programmes.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Obstétrique-gynécologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 110
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 78.2
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 58.2
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 364
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 37.5
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 44%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 2.75/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	0	0	0 (sauf R4)	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	0	oui	oui	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	3/6	oui	oui	1/2
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0	?	0	initiation
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	oui	?	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui[1]	réunions	0	réunion
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	?	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	24/6	40/7	40/4	6/2
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	12.8/15.8	27.2/38.2	15.4/20.4	2.8/3.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	21/35	49/82	24/45	1/1

[1] Évaluation annuelle des unités d'enseignement du département de gynécologie-obstétrique.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *gynécologie-obstétrique* est indispensable au fonctionnement du programme pré-doctoral d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes, même en excluant les candidats étrangers, est de beaucoup supérieur aux besoins nécessaires pour maintenir les effectifs professionnels même si ceux-ci sont un peu plus âgés que l'ensemble des spécialistes.

3. L'achanlandage moyen des programmes des Universités Laval, McGill et de Montréal est satisfaisant alors que celui de l'Université de Sherbrooke est faible. Toutefois, en se rapportant à l'Annexe VIII, page 323, on constate que le nombre des résidents de Sherbrooke a cru chaque année pour passer successivement de un à deux, trois, six et sept en 1979-1980.

4. Le taux d'échec aux examens de certification est élevé: 40% à Laval, 40% à McGill, 47% à Montréal; 60% des candidats ayant échoué étaient diplômés (m.d.) des autres pays. Le taux élevé d'échecs aux examens vient contrecarrer jusqu'à un certain point les effets d'un achalandage excessif des programmes sur le nombre des effectifs professionnels.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes d'obstétrique-gynécologie *des quatre universités* soit maintenue pour la *formation complète*.

(QUE les responsables des programmes de gynécologie-obstétrique des *Universités Laval, McGill et de Montréal* procèdent à l'évaluation de leur programme, révisent leurs critères d'admission, améliorent l'application du système d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

Ophtalmologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 57
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 46.4
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 35.6
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 209
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 27
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 49%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	peu	oui	0
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	oui	peu	oui	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	oui	oui	oui	contenu seulement
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	0[1]	0[1]	0[1]	0[1]
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	projet	0	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	oui	oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui	oui	oui	0
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	12/4	18/4	24/5	5/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	9.6/11	11.6/16.4	10.2/14.8	4.2/4.2
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	10/19	20/26	21/37	—

[1] C'est la seule discipline où l'on observe ce phénomène: aucune option dans aucun des programmes.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *ophtalmologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes, même en excluant les diplômés des autres pays, conduit à une augmentation des effectifs professionnels actuellement en place.

3. L'achalandage moyen de chacun des programmes est satisfaisant et les résultats aux examens de certification, bien qu'ils soient inquiétants, ne permettent pas de faire une différence sur la valeur de chaque programme; on doit toutefois noter que les candidats du programme de l'Université McGill réussissent mieux (76% de succès) que les candidats du programme de l'Université Laval (50% de succès) et du programme de l'Université de Montréal (56% de succès). Les candidats ayant échoué aux examens de certification sont tout autant des diplômés canadiens que des diplômés hors Canada (Annexe IX, page 360) de sorte que ces échecs ne sont pas reliés à la qualité de la formation pré-doctorale. Le taux élevé d'échecs aux examens vient contrecarrer jusqu'à un certain point les effets d'un achalandage excessif sur le nombre des effectifs professionnels.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de spécialisation en ophtalmologie *des quatre universités* soit maintenue pour la *formation complète.*

(QUE les responsables des programmes d'ophtalmologie des *Universités Laval et de Montréal* procèdent à l'évaluation de leur programme, révisent leurs critères d'admission, améliorent l'application du système d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

(QUE la nécessité du maintien de quatre programmes d'ophtalmologie dans la province de Québec soit réévaluée pour le 1er juillet 1985.

Oto-rhino-laryngologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 44
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 23.4
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 14.8
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 173
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 22.5
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 50%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	(1)	oui	peu
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	0		0	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0		oui	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	0		oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0		0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui		0	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	réunion		réunion	oui
Il y a un directeur du programme.	comité		comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	8/5	16/4	16/4	4/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	4.4/4.8	1.8/6.6	6.8/9.8	1.8/2.2
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	9/11	9/16	16/18	3/4

(1) Il semble qu'il n'y ait pas de programme à McGill car il a été impossible d'en obtenir un exemplaire.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *oto-rhino-laryngologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen des quatre programmes, lorsqu'on exclut les candidats diplômés des autres pays, est insuffisant pour maintenir les effectifs professionnels, ce qui témoigne d'une faible attraction des programmes et/ou d'une faible attraction de la spécialité. De toute façon, la capacité d'accueil de trois des quatre programmes serait suffisante pour répondre aux besoins de la population du Québec.

3. L'achalandage moyen du programme de l'Université McGill est faible par rapport à sa capacité d'accueil et très faible si l'on considère seulement les diplômés canadiens. De plus, les taux d'échecs aux examens de certification sont élevés (44%) et les candidats ayant échoué sont tout autant diplômés du Québec que des autres provinces canadiennes et des autres pays (Annexe IX, page 361), de sorte que l'on peut penser que ces échecs sont plutôt reliés à la valeur du programme qu'à l'origine des candidats.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes d'oto-
(rhino-laryngologie des *Universités Laval, de*
(*Montréal et de Sherbrooke* soit maintenue
(pour une *formation complète*.

(QUE l'approbation du programme d'oto-
(rhino-laryngologie de *l'Université McGill*
(soit maintenue pour une *formation partielle*
(à condition que soit réalisée une association
(avec un autre programme pour la formation
(complémentaire. Si l'association n'est pas
(réalisée en octobre 1981,[1] ce programme
(sera radié de la liste des programmes approu-
(vés à compter du 1er juillet 1982[2]. La radiation
(de ce programme n'exclut pas la possibilité
(pour l'Université McGill d'offrir un stage spéci-
(fique dans un secteur d'excellence pour les
(résidents d'oto-rhino-laryngologie des autres
(programmes de la province.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Pédiatrie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 145
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 116.4
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 78.8
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 346
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 64.8
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 55%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 11
Durée du programme 4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	peu	peu	oui	peu
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	oui	?
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	oui	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0	projet	0 (en R5)	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui[1]	?	oui[1]	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	non	réunion	0	oui
Il y a un directeur du programme.	d. départ.	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	10/4	55/4	70/3	10/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	5.6/6.2	36.2/58.2	29.8/45	5.2/7
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	0/2	42/56	49/73	0/6

[1] Évaluation de la compétence clinique des résidents par observation directe.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *pédiatrie* est indispensable au fonctionnement du programme pré-doctoral d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen des programmes assure amplement le renouvellement des effectifs professionnels même s'ils sont un peu plus âgés que l'ensemble des spécialistes.

3. L'achanlandage moyen des programmes des Universités McGill et de Montréal est satisfaisant. L'achalandage moyen des Universités Laval et de Sherbrooke est faible et serait inquiétant si des résidents de tous les niveaux étaient en formation. Étant donné le petit nombre de candidats qui se présente aux examens de certification, on doit comprendre que la plupart des résidents de ces programmes commencent dans les Universités Laval et de Sherbrooke et finissent dans les Universités McGill et de Montréal, ce qui réalise l'esprit d'une association de programmes à ceci près que l'échange est à sens unique de la périphérie vers Montréal et que les Universités Laval et de Sherbrooke assument presque constamment la lourde charge de former des résidents juniors.

4. Les échecs aux examens de certification sont élevés dans tous les programmes: 2/2 à Laval, 14/56 (25%) à McGill, 24/73 (32%) à Montréal et 6/6 à Sherbrooke.

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de pédiatrie des *quatre universités* soit maintenue pour la formation *complète*.

(QUE les responsables des programmes de pédiatrie des *Universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke* procèdent à l'évaluation de leur programme, révisent leurs critères d'admission, améliorent l'application du système d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

Nonobstant l'approbation des programmes de pédiatrie des Universités Laval et de Sherbrooke pour une *formation complète*, le comité recommande:

(QUE les programmes de pédiatrie des *Universités Laval et de Sherbrooke* réalisent une véritable association avec un autre programme afin que l'échange de résidents puisse se faire dans les deux sens.

Physiatrie

Nombre de programmes 2 — Nombre de postes 12
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 3.4
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 2
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 53
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 4.5 (?)
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 45%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 2.5

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	peu		oui	
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	peu		oui	
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	peu		oui	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui		oui	
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—		—	
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0		0	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui		oui	
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	0		peu	
Il y a un directeur du programme.	oui		comité	
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	4/6		8/4	
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	0.4/0.6		1.6/2.8	
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	1/1		3/3	

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *physiâtrie* n'est pas indispensable au fonctionnement d'une faculté de médecine.
2. L'achalandage moyen des cinq dernières années ne permet pas le renouvellement des effectifs en raison d'une nette désaffection des étudiants pour cette spécialité. Un achalandage moyen aussi faible ne peut justifier plus qu'un programme.
3. Les programmes de physiâtrie des Universités Laval et de Montréal ont réalisé, dans les textes, les conditions d'un jumelage comportant une unité de direction, un comité de programme et des objectifs communs, une mobilité des résidents à l'intérieur des deux programmes qu'ils soient inscrits à l'une ou l'autre université et une uniformité des critères d'admission et de promotion de sorte que se trouvent réalisées les conditions d'un programme associé. Le comité s'interroge sur la réalisation concrète de cette association.
4. Il semble que des liens entre les programmes de physiâtrie et de rhumatologie doivent s'établir dans l'optique de la formation de médecins spécialistes compétents dans *l'approche des problèmes concernant l'appareil locomoteur*. L'établissement de ces liens pourrait conduire à une redéfinition ou à une fusion de ces spécialités et, corollairement, à une redéfinition des objectifs et du contenu de ces programmes.

Recommandations

(QUE l'approbation d'un *seul programme* de
(physiâtrie associant les *Universités Laval et*
(*de Montréal* soit approuvée pour une *forma-*
(*tion complète* à condition que soient réalisées
(les conditions d'une réelle association pour
(juillet 1981.

(QU'une réévaluation des programmes de
(physiâtrie et de rhumatologie, quant à leur
(nombre, leurs objectifs et leur contenu soit
(faite advenant la redéfinition ou la fusion
(de ces spécialités.

Pneumologie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 26
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 23.6
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 15.6
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 113
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 43%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1
Durée du programme 2.5/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	généraux	peu	oui	(1)
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	peu	peu	oui	
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	peu (buts)	0	oui	
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	oui	
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	oui	
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	oui	0 (R5 — R6)	0	
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	0	oui	
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui	réunion	réunion	
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	oui	
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	5/1	12/5	7/6	2/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	3.2/4	8.2/13.8	4.2/5.6	0/0.2
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	3/6	18/19	10/11	—

(1) Il n'y a pas de programme écrit.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *pneumologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.
2. Il est difficile d'évaluer si l'achalandage moyen des quatre programmes permet le renouvellement des effectifs professionnels car il existe une double population de pneumologues (Annexe VII, page 299). Toutefois, si l'on compare la pneumologie à la gastroentérologie (100 spécialistes) et à l'hématologie (115 spécialistes), il semble que l'achalandage moyen de 15 par année suffit amplement pour maintenir les effectifs professionnels même si ces derniers sont un peu plus âgés que la moyenne de l'ensemble des spécialistes.
3. L'achalandage moyen du programme de Sherbrooke est à toute fin utile nul depuis cinq ans.
4. Les résultats aux examens de certification sont satisfaisants pour les candidats des programmes de McGill et de Montréal mais laissent à désirer pour les candidats du programme de l'Université Laval (3/6 reçus).

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de pneumologie des *Universités Laval, McGill et de Montréal* soit maintenue pour la *formation complète.*

(QUE le programme de pneumologie de *l'Université de Sherbrooke* soit radié de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1981.[1] Cette radiation n'exclut pas la possibilité pour l'Université de Sherbrooke d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence aux résidents de pneumologie des autres programmes.

(QUE les responsables du programme de pneumologie de *l'Université Laval* procèdent à l'évaluation de leur programme, révisent leurs critères d'admission, améliorent l'application du système d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

---

[1] Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Psychiatrie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 183
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 115.6
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 83.2
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 629
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 128.5
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 58%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral oui
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	oui	0	oui	oui (+ + +)
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	oui	peu (R3 — R4)	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	0	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	option	projet en option	0 (en R5)	option
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	oui[1]	oui	oui[1]
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	réunions	oui	0	réunion rapport
Il y a un directeur du programme.	?	oui	comité	dir. départ.
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	24/9	90/10	60/8	9/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	7.6/9.4	37.6/59.4	33.6/42	4.4/4.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	6/12	81/100	40/56	0/0

[1] Par observation directe à l'aide de miroir unidirectionnel

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *psychiatrie* est indispensable au fonctionnement du programme pré-doctoral d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes, même en incluant les diplômés étrangers, n'assure pas le renouvellement des effectifs professionnels, effectifs qui sont plus âgés que la moyenne des spécialistes. De plus, il est généralement reconnu qu'il y a déjà actuellement une carence en psychiatres.

3. L'achalandage moyen du programme de Sherbrooke est faible. Toutefois, en se rapportant à l'Annexe VIII, page 327, on constate que le nombre de résidents a cru chaque année pour passer de trois et deux à quatre, neuf et six. En outre, les postes sont tous comblés pour 1980-81.

4. Le taux d'échec aux examens de certification des candidats de l'Université Laval est élevé (6/12 échecs).

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de psychiatrie des *quatre universités* soit maintenue (pour une *formation complète*.

(QUE les responsables du programme de (psychiatrie de *l'Université Laval* procèdent (à l'évaluation de leur programme, révisent (leurs critères d'admission, améliorent l'appli- (cation du système d'évaluation continue et (terminale des résidents et définissent des (critères de promotion.

Radiologie diagnostique

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 104
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 65.8
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 53
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 384
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs 67.9
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 52%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 3.75/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	oui	0	0	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	oui	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	oui	peu
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	option	0	0	0
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	0	0	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	réunion	0	réunion	réunion
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	?
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	8/6	40/5	50/7	6/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	2.2/4	24.8/32.8	23/26.8	3.2/3.8
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	1/3	41/51	44/65	2/2

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *radiologie diagnostique* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. L'achalandage moyen de l'ensemble des programmes permet tout juste de maintenir les effectifs professionnels. Or, il semble s'agir d'une des rares spécialités où tout le monde s'entend pour reconnaître que l'on manque d'effectifs de sorte que le moment n'est pas propice pour diminuer le nombre de programmes.

3. L'achalandage moyen du programme de l'Université Laval est faible et les huit postes agréés sont dispersés dans six hôpitaux tandis qu'à l'Université de Sherbroke l'achalandage est un peu plus élevé et les postes sont regroupés dans un seul centre hospitalier. Étant donné le petit nombre de candidats qui se présente aux examens de certification, on doit comprendre que la plupart des résidents de ces programmes commencent dans les Universités Laval et de Sherbrooke et finissent dans les Universités McGill et de Montréal, ce qui réalise l'esprit d'une association de programmes à ceci près que l'échange est à sens unique, de la périphérie vers Montréal, et que les Universités Laval et de Sherbrooke assument presque constamment la lourde charge de former des résidents juniors.

4. Les échecs aux examens de certification sont de 2/3 à Laval, de 20% à McGill et de 33% à Montréal avec cette particularité que les candidats ayant échoué à Laval et à McGill sont diplômés (m.d.) des autres pays alors que presque tous les candidats ayant échoué à Montréal sont diplômés du Québec (Annexe IX, page 367).

Recommandations

(QUE l'approbation des programmes de radio-
(logie des *quatre universités* soit maintenue
(pour la *formation complète*.

(QUE les responsables des programmes
(de radiologie des *Universités Laval et de*
(Montréal procèdent à l'évaluation de leur
(programme, révisent leurs critères d'admis-
(sion, améliorent l'application du système
(d'évaluation continue et terminale des résidents et définissent des critères de promotion.

Nonobstant l'approbation des programmes de radiologie diagnostique des Universités Laval et de Sherbrooke pour une *formation complète*, le comité recommande:

(QUE les programmes de radiologie des *Uni-*
(*versités Laval et de Sherbrooke* réalisent
(une véritable association avec un autre pro-
(gramme afin que l'échange de résidents
(puisse se faire dans les deux sens.

Radiothérapie

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 19
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 3.2
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 1
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 30
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 53%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral oui
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 1
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	0	peu (R1-R2)	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	0	peu (R4)	R1-R2	oui
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0	0	R1-R2	peu
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	?	oui	oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0	oui (R2)	?	oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	?	?	oui	?
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	0	comité	0	0
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	4/1	4/2	8/3	3/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	0.4/0.4	0.2/2	0.4/0.8	0/0
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	1/1	—	—

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *radiothérapie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.

2. La production d'un certifié par année permet le maintien des effectifs professionnels de sorte qu'il est difficile de justifier plus d'un programme dans la province de Québec.

3. L'achalandage dérisoire de chaque programme et la production d'un certifié en 5 ans ne permettent pas de privilégier le maintien de l'un ou l'autre programme.

4. Aucun des programmes tels que définis actuellement n'est satisfaisant. Les programmes des Universités Laval et McGill sont peu convaincants. Le programme de l'Université de Sherbrooke propose une formation bien structurée en sciences fondamentales assortie de la possibilité d'effectuer un stage de recherche alors que le programme de l'Université de Montréal semble plus orienté vers la formation clinique de sorte que ces deux programmes sembleraient complémentaires.

5. Le maintien d'un des quatre programmes tels qu'offerts actuellement risque d'amoindrir la volonté d'une révision en profondeur des objectifs et du contenu du programme en radiothérapie de la province.

6. La nécessité d'offrir la *totalité* des programmes de formation en spécialité médicale dans la province de Québec ne constitue pas un objectif en soi justifiant le maintien à tout prix d'un programme.[1]

Recommandations

(QUE les programmes de radiothérapie des
(*Universités Laval, McGill, de Montréal et de*
(*Sherbrooke* soient radiés de la liste des pro-
(grammes approuvés à compter du 1er juillet
(1981.[2]

(QUE la création d'un nouveau programme de
(radiothérapie, et *d'un seul,* associé ou non,
(soit autorisée dans la province de Québec
(et que ce programme franchisse les diffé-
(rentes étapes de l'approbation de tout nou-
(veau programme.

(1) Compte tenu du très petit nombre de résidents, le comité estime réaliste que les programmes nord-américains soient considérés comme une ressource suffisante et de bonne qualité en attendant la création d'un nouveau programme provincial.

(2) Les mesures corollaires à la radiation des autres programmes ne peuvent s'appliquer ici puisque les quatre programmes de la province sont radiés. Dans le cas de la radiothérapie, les résidents en cours de formation pourront achever leur formation dans l'un ou l'autre programme alors qu'aucun nouveau candidat ne sera admis.

Rhumatologie

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 17
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 11.2
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 5.8
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 39
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 44%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 2.5/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.		0	0	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.		0	oui	peu
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.		0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.		oui	oui	peu
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.		oui	oui	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.		oui	0 (R5-R6)	oui
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.		0	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.		comité	oui	0
Il y a un directeur du programme.		oui	comité	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés		7/2	4/4[1]	6/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)		3.2/6.2	1.4/2.6	1.2/2.2
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)		4/7	1/2	3/4

[1] On remarque la dispersion des résidents: 4 postes dans 4 hôpitaux.

Considérant les points suivants:

1. Le programme de *rhumatologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.
2. L'achalandage moyen requis pour assurer le renouvellement des effectifs professionnels est difficile à évaluer car il s'agit d'une spécialité récente (1970) et en développement. Toutefois, l'achalandage moyen actuel, en excluant les diplômés étrangers, va tripler les effectifs en 20 ans.
3. L'achalandage moyen des trois programmes est faible et justifie au maximum l'existence de deux programmes. Le petit achanlandage des programmes des universités de Montréal et de Sherbrooke ainsi que le petit nombre de leurs diplômés ne permettent pas de privilégier l'un ou l'autre programme.
4. Il semble que des liens entre les programmes de physiâtrie et de rhumatologie doivent s'établir dans l'optique de la formation de spécialistes compétents dans *l'approche des problèmes concernant l'appareil locomoteur*. L'établissement de ces liens devrait conduire à une redéfinition ou à une fusion de ces spécialités et, corollairement, à une redéfinition des objectifs et du contenu de ces programmes.

Recommandations

(QUE l'approbation du programme de rhumatologie de *l'Université McGill* soit maintenue pour la *formation complète*.

(QUE l'approbation *d'un seul* programme associant les *Universités de Montréal et de Sherbrooke* soit reconnue pour la *formation complète* à condition que cette association soit réalisée pour octobre 1981.[1] Si l'association n'est pas réalisée en octobre 1981, ces programmes de rhumatologie des Universités de Montréal et de Sherbrooke seront radiés de la liste des programmes approuvés à compter du 1er juillet 1982.[2] La radiation de ces programmes n'exclut pas la possibilité pour ces deux universités d'offrir un stage spécifique dans un secteur d'excellence pour les résidents de rhumatologie du programme de l'Université McGill.

(QU'une réévaluation des programmes de physiâtrie et de rhumatologie, quant à leur nombre, leurs objectifs et leur contenu, soit faite advenant la redéfinition ou la fusion de ces spécialités.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Santé communautaire

Nombre de programmes 3+1 provisoire — Nombre de postes 37
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 10
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 9.4
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 0
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 0
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	(2)	oui	généraux
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	oui		oui	0
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	oui		oui	peu
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts. (1)	oui		oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—		—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	oui		oui	±
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui		oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	1/2 an		réunion	n/a
Il y a un directeur du programme.	dir. dép.		comité	?
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	24/5	9/4	4/4	3/1
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	9.5/11	5/5	2.5/3.5	3/3 (1 an)
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	—	—	—

(1) Il s'agit plutôt de champs de concentration que d'options.

(2) Il ne semble pas y avoir de programme écrit car on nous a transmis les exigences du Collège Royal relatives à cette spécialité.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *santé communautaire* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine pour le moment, mais il faudra vérifier cette assertion dans quelques années quand cette spécialité aura mieux défini son champ d'activité par rapport aux autres spécialités.

2. Le caractère nouveau de cette spécialité empêche d'appliquer les guides de rationalisation employés pour les autres disciplines puisqu'il n'y a pas d'effectifs professionnels, que le calcul de l'achalandage moyen ne peut se faire que sur deux années et qu'on ne peut se fier aux résultats des examens de certification puisqu'il n'y a pas encore de certifiés.

3. L'absence de recul concernant le fonctionnement de ces programmes alors que tous les autres programmes approuvés en bloc en 1970 ont eu la chance de faire leurs preuves pendant dix ans.

4. La nécessité d'appliquer au programme de l'Université de Sherbrooke les mêmes règles du jeu même si son agrément par la Corporation professionnelle est réservé, justifie de lui laisser faire également ses preuves.

5. Le développement des programmes en santé communautaire dans la province de Québec est un bon exemple du développement anarchique de quatre programmes de *formation complète* qui ont peu ou pas de complémentarité les uns avec les autres, développement anarchique motivé par une compétition mal comprise et mal exploitée par les quatre universités. Il eût été préférable qu'une université prenne le «leadership» dans cette discipline, probablement Laval, dont le programme est le plus complet et le mieux structuré pour concevoir et assurer la formation complète alors que les trois autres universités eussent pu offrir des stages complémentaires dans des champs de concentration pour lesquels elles ont l'expertise et les ressources, par exemple l'épidémiologie à l'Université McGill, l'administration de la santé à l'Université de Montréal et la nutrition à l'Université de Sherbrooke.

Recommandations

(QUE les programmes de spécialisation en
(santé communautaire des *Universités Laval,*
(*McGill, de Montréal et de Sherbrooke* soient
(approuvés pour la *formation complète.*

(QUE le Comité conjoint des programmes du
(Conseil des universités et les organismes
(d'agrément procèdent à une évaluation simul-
(tanée des quatre programmes en 1985 pour
(identifier le programme qui assumera la for-
(mation complète et identifier dans chacun
(des autres programmes le ou les champs
(d'expertise afin de réaliser un *réseau pro-*
(*vincial intégré* de formation en santé com-
(munautaire.

Urologie

Nombre de programmes 3 Nombre de postes 34
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 21.4
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 14
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 124
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans 54%
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 3/4 ans

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	oui	oui	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	oui	peu	0	0
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	oui	0	oui (contenu)	0
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	?	oui	0
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	oui	oui	non	oui
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	option	0 (R5)	0 (R5)	?
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	?	oui	0
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	oui	réunion	0	informelle
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	?	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	6/3	15/4	13/5	/3
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	2.6/2.6	7.8/11	3/6.2	0.6/1.6
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	3/5	9/14	10/14	—

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de spécialisation en *urologie* n'est pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine.
2. Il est difficile d'évaluer si l'achalandage moyen des trois programmes permet le renouvellement des effectifs professionnels car on n'observe pas de plateau dans la répartition des effectifs par tranche d'âge (Annexe VII, page 299). Toutefois, si on compare l'urologie (124 spécialistes) à une autre spécialité chirurgicale, soit l'orthopédie (237 spécialistes), on peut évaluer approximativement qu'un achalandage moyen d'environ 17 par année suffirait pour assurer le renouvellement des effectifs qui d'ailleurs sont un petit peu plus jeunes que l'ensemble des spécialistes.
3. L'achalandage moyen du programme conjoint des Universités McGill et de Sherbrooke est satisfaisant tandis que les achalandages moyens des programmes des Universités Laval et de Montréal sont comparables lorsqu'on exclut les candidats diplômés en dehors du Canada qui vont diminuer en raison du contingentement.
4. Les échecs aux examens de certification sont élevés à Laval (3/5) et à McGill (9/14) et un peu moins élevés à Montréal (4/10); tous les candidats ayant échoué sauf un étaient diplômés (m.d.) des autres pays (Annexe IX, page 370).
5. Le programme conjoint McGill-Sherbrooke est actuellement le seul programme conjoint qui fonctionne réellement dans la province. Il est dommage que les termes de l'association ne soient pas définis par écrit alors que les règles du jeu semblent bien établies.

Recommandations

(QUE l'approbation du programme associé (d'urologie des *Universités McGill et de Sher-* (*brooke* soit maintenue pour la *formation* (*complète* et que les termes de l'association (soient définis selon les recommandations du (présent rapport relatives à l'organisation (d'un programme associé.

(QUE l'approbation du programme d'urologie (de *l'Université de Montréal* soit maintenue (pour la *formation complète*.

(QUE l'approbation du programme d'urologie (de *l'Université Laval* soit maintenue pour une (*formation partielle* à condition que soit réali- (sée une association avec un autre program- (me pour la formation complémentaire. Si (l'association n'est pas réalisée en octobre (1981,[1] ce programme sera radié de la liste (des programmes approuvés à compter du 1er (juillet 1982.[2] La radiation de ce programme (de la liste des programmes approuvés n'ex- (clut pas la possibilité pour l'Université Laval (d'offrir un stage spécifique dans un secteur (d'excellence pour les résidents d'urologie (des autres programmes de la province.

(QUE les responsables des programmes (d'urologie des *quatre universités* procèdent (à l'évaluation de leur programme, révisent (leurs critères d'admission, améliorent l'appli- (cation du système d'évaluation continue et (terminale des résidents et définissent des (critères de promotion.

---

(1) Les demandes d'admission dans les programmes de spécialisation médicale se font à partir du mois d'octobre de chaque année.

(2) Pour les résidents en cours de formation dans les programmes faisant l'objet d'une radiation, voir les mesures corollaires à cette recommandation, page 259.

Médecine familiale

Nombre de programmes 4 Nombre de postes 224
Nombre moyen de résidents par an/5 ans 161.6
Nombre moyen de résidents m.d. Québec et autres provinces par an/5 ans 146.4
Nombre de spécialistes en exercice en 1978 ?
Nb. de résidents m.d. Québec et a. prov. requis pour maintenir les effectifs ?
Pourcentage des spécialistes en exercice en 1978 ayant moins de 45 ans ?
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement pré-doctoral non
Ce *programme* est indispensable pour l'enseignement post-doctoral non
Nombre de programmes post-doctoraux où il est requis 0
Durée du programme 24 mois dont 12 mois à l'internat

	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke
Les objectifs du programme sont *clairement* définis.	0	0	oui	oui
Les responsabilités du résident, *selon son niveau*, sont décrites.	0	0	peu	peu
Les objectifs et le contenu de *chaque stage* sont précisés.	0	0	oui	oui
Des stages optionnels et/ou de libre choix sont offerts.	oui	oui	oui	oui
L'unité d'enseignement est l'organisation pédagogique privilégiée pour l'enseignement clinique.	—	—	—	—
Un *stage de recherche est exigé ou fortement recommandé* et les conditions matérielles sont réunies pour l'offrir.	0	(intérêt à)	0	? (prévue)
Une évaluation formelle écrite et/ou orale du résident, en cours de formation, est prévue.	oui	?	oui	oui
Une évaluation interne structurée de l'application du programme est faite périodiquement.	0	?	0[1]	oui
Il y a un directeur du programme.	oui	oui	oui	oui
Nombre de postes agréés Nombre d'hôpitaux agréés	42/3	72/7	60/4	50/8
Nombre d'enseignants T.P., 1/2 T.P., et T.P.C. Nombre total d'enseignants				
Nombre de résidents m.d. Québec et a. provinces Nombre total de résidents (nombre moyen par an/5 ans)	42.8/43	40.8/54	30.2/31.6	32.6/33
Succès aux examens de certification (nombre total en 5 ans)	—	—	—	—

[1] Les objectifs ont été revisés, ce qui est différent de la question posée.

Considérant les points suivants:

1. L'existence d'un programme de *médecine familiale* n'est actuellement pas indispensable au fonctionnement des autres programmes d'une faculté de médecine alors qu'il devrait y avoir des relations étroites avec le programme pré-doctoral et plusieurs programmes post-doctoraux.
2. Les effectifs professionnels en médecine familiale ne sont pas connus puisqu'il n'y a pas de certificat de spécialisation; on ne peut donc évaluer l'achalandage nécessaire au maintien des effectifs.
3. Les quatre programmes exercent une attraction considérable sur les étudiants alors même que cette année supplémentaire de formation ne leur confère aucun avantage pécuniaire dans leur pratique professionnelle ultérieure.

Recommandations

Attendu qu'il n'a pas été rendu de décision sur la création ou non d'une spécialité en médecine familiale;

(QUE l'approbation des programmes de mé-
(decine familiale soit maintenue dans les
(*quatre universités* pour la *formation complète*

Le Tableau XXIV, page suivante, fait la synthèse des recommandations du comité sur l'approbation des programmes pour la formation complète ou pour une formation partielle et sur leur radiation. La radiation d'un programme pose le problème du devenir des résidents présents dans le programme au moment de sa radiation. Le nombre de résidents concernés sera petit puisque les programmes radiés ou risquant d'être radiés, s'ils ne s'associent pas, sont très peu ou pas achalandés. Pour ces résidents, le comité propose les mesures corollaires à la radiation d'un programme définies dans l'encadré de la page 259.

Tableau XXIV

Synthèse des recommandations du Comité d'étude de rationalisation des programmes de spécialisation médicale (septembre 1980).

Programmes	Laval	McGill	Montréal	Sherbrooke	Total
Allergie	—	FC	—	—	1
Anatomo-pathologie	FC	FC	FC	FP	3
Anesthésie-réanimation	FC	FC	FC	FP	3
Biochimie médicale	—	—	—	FC	1
Cardiologie et hémodynamie	FC	FC	FC	FP	3
Chirurgie C.V.T.	—	FC	FC	—	2
Chirurgie générale	FC	FC	FC	FC	4
Chirurgie orthopédique	FC	FC	FC	FP	3
Chirurgie plastique	—	FC	FC	—	2
Dermatologie	FC	FC	FC	—	3
Endocrinologie	FP	FC	FC	—	2
Gastro-entérologie	—	FC	FC	FP	2
Hématologie	FP	FC	FC	FC	2
Médecine familiale	FC	FC	FC	FC	4
Médecine interne	FC	FC	FC	FC	4
Médecine nucléaire	—	—	FP	FC	1
Microbiologie médicale	—	—	FC	—	1
Néphrologie	FP	FC	FC	FP	2
Neurochirurgie	—	FC	—	—	1
Neurologie et EEG.	—	FC	[FC]	FP	2
Obstétrique et gynécologie	FC	FC	FC	FC	4
Ophtalmologie	FC	FC	FC	FC	4
Oto-rhino-laryngologie	FC	FP	FC	FC	3
Pédiatrie	FC	FC	FC	FC	4
Physiatrie	FC		FC	—	1
Pneumologie	FC	FC	FC	—	3
Psychiatrie	FC	FC	FC	FC	4
Radiologie diagnostique	FC	FC	FC	FC	4
Radiothérapie	—	—	—	—	0
Rhumatologie	—	FC	FC	FC	2
Santé communautaire	FC	FC	FC	FC	4
Urologie	FP	FC	FC	FC	2
	21	**27**	**28**	**22**	**81**

FC = programme approuvé pour la formation complète (76).

[FC] = programme approuvé pour la formation complète conditionnellement à l'amélioration de la qualité (1).

FC — FC = programmes associés approuvés pour la formation complète (4).

FP = programme approuvé pour une formation partielle à condition qu'il s'associe pour la formation complémentaire (13).

Mesures corollaires à la radiation d'un programme

Dans le cas de la radiation d'un programme, les résidents en cours de formation:

1. seront prévenus de la fermeture du programme au mois de septembre précédant la radiation qui sera effective au mois de juillet de l'année suivante;
2. ne pourront poursuivre leurs études dans ce programme;
3. auront priorité sur tout nouveau candidat dans l'attribution d'un poste de résident dans le programme de leur choix pour finir leurs études.

Dans le cas des *résidents en radiothérapie*, et dans ce cas seulement, les résidents pourront finir leur formation dans le programme où ils sont inscrits, s'ils le désirent, en raison de la radiation de la totalité des programmes de la province.

Annexe I

Aperçu historique sur le système d'accréditation dans le domaine de l'enseignement médical post-gradué[1]

[1] Rapport du sous-comité d'expertise au comité des programmes sur les programmes d'internat et de résidanat (12 octobre 1971).

Aperçu historique sur le système d'accréditation dans le domaine de l'enseignement médical post-gradué

Les premiers efforts véritables de définition, d'organisation et d'établissement des standards de l'enseignement médical post-gradué au Canada datent de la création du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, en 1939. En établissant des critères stricts d'admission au titre de membre, en subordonnant cette admission au succès à des examens écrits et oraux, en procédant à la reconnaissance du milieu d'enseignement, le Collège a joué un rôle majeur dans l'établissement et l'élévation des standards de l'éducation médicale, et plus particulièrement de l'enseignement spécialisé.

En 1951, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec annonçait son intention d'oeuvrer également en ce domaine. Une législation provinciale fut adoptée, et diverses spécialités reconnues. En 1962, avec la mise en oeuvre de l'assurance-hospitalisation, le gouvernement entrait en scène à son tour, et pour la première fois. Depuis lors, il eut à négocier à plusieurs reprises avec les hôpitaux, et avec les internes et les résidents. Le Collège participa toujours à ces négociations, mais ne fut point signataire des accords. Au cours des négociations de 1967, il devient clair que la difficulté des problèmes à résoudre s'accroissait. On s'entendit alors pour soumettre ceux-ci à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, qui se penchait depuis un an sur les questions de santé et de bien-être. En juillet 1967, la Commission publiait sur le sujet son avis et ses recommandations.

De son côté, le Collège entreprenait une révision substantielle de ses politiques, et il en publiait le nouvel énoncé dans son bulletin. Cette révision l'amenait à la formation médicale du Québec, auquel participaient activement les ministères de l'Éducation et de la Santé, le Collège, l'Association des hôpitaux, les universités et les internes et résidents.

Vers la fin de 1968 et le début de 1969, il apparaissait au Collège que l'on atteindrait à une organisation plus efficace de l'enseignement médical post-gradué, à un mode plus rigoureux de l'établissement de ces standards et à un meilleur contrôle de cet enseignement, en confiant la responsabilité aux universités. La croissance sans précédent des coûts et de la complexité d'un tel enseignement amenèrent le Collège à prendre une rapide décision en ce sens. On espérait avant tout que celle-ci favoriserait la continuité de l'éducation médicale, et constituerait un encouragement à l'élévation de ces standards. Ainsi le Collège continuait-il à affirmer son intérêt quant aux besoins de l'éducation médicale.

À la fin de 1969, les quatre universités du Québec acceptaient cette responsabilité, et commençaient à mettre en place les structures nécessaires à la mise en oeuvre d'un tel enseignement.

Au printemps 1970, le Conseil des universités approuvait pour un an les programmes proposés, en attendant la mise en oeuvre d'un processus d'accréditation plus définitif. En 1969-1970, le Collège des médecins et chirurgiens, avec la collaboration du Collège royal, entreprenait un examen complet de chaque programme, par l'intermédiaire d'un comité conjoint d'accréditation qui effectuait peu après une visite des facultés de Sherbrooke et de Montréal. Puisque des visites semblables avaient été effectuées par le Collège royal à McGill et à Laval, le Collège des médecins et chirurgiens du Québec procédait seul à l'évaluation des programmes de ces deux universités.

Pour préparer ces visites, chaque université mettait au point, selon un canevas unique, la description détaillée des programmes d'internat et de résidence dans chaque hôpital affilié. Les comités d'accréditation analysaient ces documents, rencontraient le corps professoral, de même que les internes et les résidents, et visitaient les locaux et espaces d'enseignement. Les résultats de ces visites, et les approbations de programmes particuliers, accompagnées des recommandations quant au nombre maximum de postes par programme, sont contenus dans un document approuvé par le Collège le 16 octobre 1970.

Annexe II

Rappel historique des interventions du Comité conjoint des programmes[1]

[1] Avis au ministre de l'Éducation concernant les programmes d'étude, y compris les programmes de spécialité (internat et résidence) dans le secteur des sciences de la santé (19 janvier 1978).

Rappel historique des interventions du Comité conjoint des programmes

1. Dès le début de ses travaux, en mai 1970, le Comité des programmes était appelé à se pencher, pour approbation, sur les programmes d'internat et de résidence, dont les quatre facultés de médecine venaient de se voir confier la responsabilité.

2. Saisi en mai et en juin 1970 de programmes qui devaient entrer en vigueur le 1er juillet suivant, et conscient de l'opportunité du transfert de responsabilité qui s'opérait alors, le Comité des programmes approuvait ces nouveaux programmes pour une durée d'une année, le 12 juin 1970.

3. Il décidait en même temps de se livrer à une analyse plus approfondie de l'enseignement médical spécialisé. Après l'analyse des recommandations de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social et consultation des doyens des facultés de médecine, il nommait un sous-comité d'expertise des programmes de spécialisation, auquel il adjoignait trois groupes de travail chargés de l'étude de questions techniques dont l'importance lui apparaissait primordiale. En effet, une première analyse du problème de l'enseignement de spécialisation en médecine lui avait permis non seulement d'en mesurer l'ampleur et la complexité, mais aussi d'en déceler quelques aspects qui méritaient une étude particulière.

4. Sur la base des avis présentés par le Comité d'expertise et par les trois groupes de travail, le Comité des programmes élabora un rapport qui fut approuvé par le Conseil des universités, le 12 octobre 1971. Ce rapport traitait principalement des questions suivantes:
   a) l'approbation et le financement des nouveaux programmes d'internat et de résidence en médecine;
   b) les responsabilités respectives des divers organismes impliqués en ce domaine;
   c) le statut des enseignants cliniciens;
   d) le statut des résidents;
   e) les projets qui devaient être réétudiés ultérieurement.

5. Le Conseil formulait par la suite des recommandations sur l'organisation et le financement de l'enseignement clinique en médecine: un avis en date du 23 octobre 1973 porte sur le projet de contrat type d'affiliation entre les universités et les hôpitaux universitaires; la neuvième recommandation de l'avis du 11 février 1974 traite du financement, et un avis du 8 juillet 1974 recommande l'acceptation de la formule de financement proposée par la DGES sous réserve de conditions bien précises.

6. L'une de ces conditions stipulait «qu'une évaluation du programme et une vérification de sa mise en place soient menées par le Comité des programmes, au cours de l'année 1974-1975».

7. Le mandat du Comité conjoint des programmes relatif à l'évaluation était confirmé dans une lettre du directeur général de la DGES aux universités, datée du 3 janvier 1975, et faisant suite à des discussions et à une entente entre les parties concernées. Ce mandat était formulé de la façon suivante:
   «Quant à l'évaluation de la qualité des programmes, elle relève du Comité conjoint des programmes. Le Conseil des universités a déjà accepté le principe de cette évaluation dans son avis au ministre de l'Éducation sur le financement du programme «internes et résidents», avis daté du 8 juillet 1974. Il faut noter, par ailleurs, que déjà une telle évaluation avait été prévue lorsque le Conseil avait émis un avis le 12 octobre 1971, sur l'organisation des programmes d'internat et de résidence.»

8. En janvier 1975, le Comité des programmes proposait à la Corporation profesionnelle des médecins du Québec des modalités de collaboration par lesquelles une seule évaluation serait faite à l'occasion des visites d'agrément de la Corporation, effectuées conjointement avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Les doyens des facultés de médecine, la Corporation et le Collège royal acceptèrent la présence d'un observateur du Comité des programmes aux visites dans les universités, la transmission au Comité des programmes des documents préalables à l'agrément, et la transmission par les doyens des rapports d'évaluation.

Annexe III

Rapport du Conseil des universités sur les programmes d'internat et de résidence: considérations et recommandations (12 octobre 1971)

Considérations et recommandations

1° Sur les programmes de spécialisation proprement dits

1.1 Considérant

1° que la prise en charge de l'enseignement de spécialisation en médecine par les facultés a entraîné la restructuration et la refonte des programmes;

2° qu'elle a amené en particulier la création de nouveaux cours et la restructuration de l'encadrement clinique, par la multiplication des coordonnateurs d'enseignement, par exemple;

3° que cette réforme a bénéficié d'une large collaboration des milieux professionnels intéressés, et

4° qu'elle répond généralement aux exigences d'un entraînement de spécialisation à la pratique de la médecine contemporaine;

5° que, toutefois, elle n'aborde qu'avec beaucoup de timidité les enseignements qui permettraient aux futurs médecins de répondre plus adéquatement aux besoins de la société, et de satisfaire en particulier aux exigences d'une médecine ouverte, globale, communautaire.

1.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que soient approuvés les programmes de spécialisation en médecine qui lui ont été présentés par les facultés de médecine des Universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke;

2° que l'évaluation de ces programmes soit reprise éventuellement avant la date d'expiration de la présente approbation (30 juin 1976), au terme du plan sectoriel de développement des sciences de la santé;

3° que toutes les facultés soumettent (ou resoumettent) au Comité des programmes, avant le 1er novembre 1971, pour mise en oeuvre le 1er juillet 1972, la structure et le contenu plus définitifs des programmes de spécialisation en médecine de famille;

4° qu'elles soumettent à la même date des éléments de programme destinés à assurer ou à parfaire la formation des résidents en médecine sociale;

5° que, en attendant le résultat du plan sectoriel de développement des sciences de la santé, les universités amorcent, en collaboration avec le Comité des programmes, la coordination de l'enseignement dans des secteurs où elle apparaît la plus urgente (médecine nucléaire, neurochirurgie... par exemple).

2° Sur les subventions aux universités pour le fonctionnement de ces programmes

2.1 Considérant

1° l'absence de données précises sur les ressources nécessaires au développement de cet enseignement, sous la responsabilité des facultés de médecine;

2° la faiblesse relative de la participation directe de l'État québécois, jusqu'à tout récemment, en matière de formation des spécialistes en médecine dont a besoin la société québécoise;

3° que le gouvernement devra pourtant assurer dorénavant la plus grande part du coût de cet enseignement, à la place des institutions hospitalières et des corps professionnels;

4° que les internes et résidents, comme étudiants, doivent défrayer une partie du coût de leur formation.

2.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que soit renouvelée en 1971-72 la subvention accordée l'an dernier par le ministère de l'Éducation du Québec et le ministère des Affaires sociales, au titre de la formation des internes et résidents;

2° que cette subvention soit accrue de 6%, pour absorber l'accroissement annuel des coûts;

3° que les internes et résidents paient en 1971-72 des frais de scolarité équivalent à la moitié de ceux que paient les étudiants réguliers inscrits à temps complet aux programmes conduisant au titre de m.d.;

4° que soit attribuée à toutes les facultés, en 1971-72, pour préparation d'un projet de développement de l'enseignement de la médecine sociale et de la médecine préventive, une somme équivalent au traitement d'un professeur plein temps, à titre de subvention de fonctionnement, et une subvention d'investissement de l'ordre de 10 000 $;

5° que soient éventuellement attribuées des subventions complémentaires, sur présentation de documents adéquats, pour la mise en oeuvre des plans de coordination par discipline proposés par les doyens des quatre facultés;

6° que soient assurées aux facultés de médecine, en 1972-73, après présentation de budgets-programme appropriés, des subventions couvrant le coût effectif du programme approuvé, outre une subvention d'un montant indéterminé dans les secteurs dont le ministère des Affaires sociales jugerait le développement prioritaire.

3° Sur les responsabilités respectives des divers organismes intéressés à cet enseignement

3.1 Considérant

1° les responsabilités juridiques respectives du ministère des Affaires sociales et du ministère de l'Éducation en ce domaine, de même que celles attribuées actuellement au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec;

2° que les universités se sont vu confier par les organismes précédents la responsabilité directe de l'enseignement de spécialisation en médecine;

3° que, malgré les textes établissant juridiquement ces responsabilités, la situation concrète de l'enseignement de la médecine à ce niveau reste confuse, et que les étudiants résidents semblent laissés pour compte;

4° que le Comité des programmes évalue les programmes en s'appuyant sur des expertises effectuées par des scientifiques reconnus et dont les universités approuvent le choix.

3.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que l'enseignement spécialisé en médecine soit la responsabilité des universités du Québec, par l'intermédiaire de leurs facultés de médecine;

2° a) que le ministère des Affaires sociales ait la responsabilité de l'évaluation des besoins de la société, par spécialité;

b) que le Comité des programmes ait la responsabilité de l'approbation et de l'évaluation des programmes de spécialisation en médecine soumis par les universités, comme il a la responsabilité de l'évaluation et de l'approbation de tous les programmes des universités du Québec;

c) que le Comité des programmes, sous l'autorité du ministère de l'Éducation et du Conseil des universités, assure la coordination interuniversitaire de l'enseignement;

d) que le Comité des programmes tienne compte des résultats du travail du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et du Collège royal concernant leur oeuvre conjointe d'évaluation des structures d'accueil offertes par les hôpitaux d'enseignement;

e) que le Comité des programmes établisse une entente avec le Collège des médecins pour que les comités d'évaluation de ces derniers s'adjoignent des observateurs représentant les parties intéressées;

f) qu'au niveau de l'exécution, les universités aient pleine autorité pour coordonner la mise en oeuvre des programmes, et plus particulièrement des activités respectives d'enseignement et de recherche des divers types d'hôpitaux dans lesquels cet enseignement est dispensé.

4° Sur les structures d'accueil

4.1 Considérant

1° la diversité actuelle des structures d'accueil hospitalières et leurs importantes disparités qualitatives;

2° la situation de transition dans laquelle se trouvent actuellement les institutions hospitalières du Québec, alors que se restructure l'ensemble de notre système de santé;

3° l'intégration de plus en plus poussée, à tous les niveaux, de l'enseignement professionnel à l'ensemble de l'enseignement universitaire, dont il bénéficie des facilités;

4° l'intégration de plus en plus poussée, également, de l'enseignement médical et de l'enseignement para-médical, dans le cadre de centres hospitaliers universitaires rattachés physiquement ou non à la faculté de médecine;

5° la nécessité d'une période de transition entre le système actuel de dispersion des hôpitaux d'enseignement et un système futur de plus grande concentration;

6° le fait que pour la première fois le Collège royal et le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ont effectué conjointement une évaluation de ces structures d'accueil, à des fins d'accréditation;

7° que le Comité des programmes n'a pas jugé bon de reprendre cette évaluation, et en a accepté les résultats.

4.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que, pour pourvoir à l'enseignement médical en général, et à l'enseignement médical spécialisé plus particulièrement, soit plus activement poursuivie la concentration de l'enseignement dans les institutions hospitalières se consacrant prioritairement à l'enseignement et pouvant offrir un enseignement intégré de tous niveaux, et des facilités physiques importantes dans le domaine des bibliothèques, des laboratoires d'enseignement et de recherche, de même que des ressources suffisantes sur le plan humain, tant en ce qui concerne le corps enseignant que la clientèle des patients;

2° que, en attendant l'adoption d'un plan sectoriel de développement dans le domaine des sciences de la santé, les universités présentent au Comité des programmes, avant le 1er octobre 1972, un rapport d'évolution sur l'intégration et la coordination par la faculté de médecine des ressources hospitalières requises pour l'enseignement des sciences cliniques.

5° Sur les professeurs d'enseignement clinique

5.1 Considérant

1° que l'on distingue généralement l'enseignement des sciences fondamentales, dispensé surtout à la faculté, de l'enseignement des sciences cliniques, dispensé pour la plus grande part dans les hôpitaux;

2° que le professeur de sciences cliniques doit en principe mener de pair deux types d'activités: activités d'enseignement et de recherche d'une part, et activités professionnelles, c'est-à-dire services aux malades, d'autre part;

3° que, depuis une vingtaine d'années, il est apparu que les enseignants cliniciens rémunérés à l'acte ne peuvent répondre adéquatement aux exigences croissantes de l'enseignement, tant sur le plan académique que sur les plans scientifique et administratif;

4° que, au Québec, deux catégories d'enseignants cliniciens sont maintenant reconnues: le «plein temps géographique», et l'enseignant à temps partiel.

5.2 Le Comité des programmes recommande:

1° que les facultés de médecine continuent à utiliser pour l'enseignement des sciences cliniques des enseignants à temps plein avec deux types d'activités (enseignement et recherche — et activités professionnelles) communément appelés «plein temps géographique», et des enseignants à temps partiel;

2° a) que l'engagement et la définition des tâches académiques et professionnelles des enseignants de ces différentes catégories relèvent des autorités universitaires et soient l'objet d'ententes précises entre les parties intéressées;

b) que les professeurs plein temps géographique cliniciens exercent la totalité de leurs activités dans le cadre universitaire, qu'il soit l'hôpital d'enseignement ou tout autre lieu d'enseignement et de recherche défini par l'université;

3° que la faculté de médecine et l'hôpital d'enseignement assument la responsabilité de fournir aux professeurs de sciences cliniques les moyens nécessaires pour réaliser les tâches décrites dans l'entente intervenue entre eux (voir 2° a);

4° que l'université accorde aux médecins enseignants à plein temps géographique une rémunération de base et les avantages sociaux correspondant aux politiques en vigueur dans les universités;

5° que le professeur clinicien à temps partiel, puisqu'il s'adonne à des activités rattachées aux programmes réguliers d'enseignement et de recherche, soit rémunéré pour ses activités académiques en conformité avec les normes en vigueur dans les différentes facultés universitaires, selon des conditions définies contractuellement;

6° que les facultés de médecine exercent un contrôle plus strict de l'enseignement clinique:

a) que ce contrôle soit surtout un contrôle direct exercé, selon les structures de l'université, par l'intermédiaire: d'un vice-doyen de la faculté à l'enseignement clinique, d'un directeur de l'enseignement médical dans chaque hôpital, d'un directeur du département facultaire, d'un chef du département hospitalier...

b) que l'évaluation de l'enseignement des sciences cliniques s'insère dans des cadres officiels parfaitement connus des professeurs et des étudiants, et associe les uns et les autres au sein du Comité ad hoc comprenant aussi des administrateurs;

c) que l'attribution des tâches et leur contrôle soient la responsabilité du doyen, comme dans le cas de ses collègues des autres facultés;

d) que la faculté assume la responsabilité de l'accréditation des résidents à des postes hospitaliers (le Comité des programmes suggère que les résidents soient représentés au sein de l'organe d'accréditation);

7° que le ministère de l'Education, le ministère des Affaires sociales et les facultés concernées accélèrent leurs efforts en vue d'une évaluation plus rigoureuse des besoins de l'enseignement de spécialisation, afin que le gouvernement y consacre de justes subventions.

6° Sur le statut des internes et des résidents

6.1 Considérant

1° la décision prise il y a deux ans de confier aux facultés de médecine du Québec la responsabilité de la formation médicale post-m.d.;

2° que les facultés de médecine du Québec et leur université respective ont accepté de prendre en charge cette formation;

3° que les facultés de médecine ont soumis des procédures d'accueil et des programmes universitaires de formation médicale post-m.d. qui ont été adoptés par le Collège des médecins et des chirurgiens de la province de Québec le 16 octobre 1970, et le Conseil des universités au mois de juin 1970;

4° que les facultés de médecine ont proposé des milieux hospitaliers de formation médicale post-m.d. qui, après enquête tant par le CMCPQ que par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ont été agréés récemment;

5° que toutes les facultés de médecine du Québec assument maintenant la responsabilité de la formation médicale post-m.d.

6.2 Le Comité des programmes recommande:

1° de définir le statut universitaire des internes et des résidents comme étant celui:

a) d'étudiants réguliers (i.e. des étudiants inscrits à un programme conduisant à un diplôme universitaire), inscrits à la totalité d'un programme établi par une faculté,

b) sous le régime particulier de l'internat et de la résidence (i.e. dans un programme de formation post-m.d. agréé par le CMCPQ);*

2° que les internes et résidents paient, selon des modalités à déterminer et à mesure de l'entrée en vigueur de programmes bien structurés, des frais de scolarité arbitrairement évalués à la moitié de ceux que paierait un étudiant régulier à temps complet inscrit aux études menant à l'obtention du m.d.;

3° que la faculté de médecine décerne une attestation au terme de l'internat;

4° que l'université décerne un diplôme universitaire au terme de la résidence.

* Cette formation ne peut se poursuivre sans que les internes et les résidents ne rendent des services professionnels au sein d'une équipe médicale dans le contexte d'un hôpital d'enseignement agréé par le CMCPQ (Article 10.01 de l'entente intervenue le 18 mars 1970 entre le ministère de la Santé, l'AHPQ et les représentants syndicaux des résidents et internes du Québec); «tous les services professionnels rendus par les internes et les résidents doivent l'être dans le cadre de leur formation post-doctorale» (réunion convoquée par monsieur Roch Boivin, le 20 février 1970, des représentants du CMCPQ et des facultés de médecine du Québec).

Annexe IV

Avis au ministre de l'Éducation concernant les programmes d'études, y compris les programmes de spécialités (internat et résidence) dans le secteur des sciences de la santé (19 janvier 1978)

Avis au ministère de l'Éducation, 19 janvier 1978

Synthèse des recommandations

À la suite des rapports d'évaluation de la Corporation professionnelle des médecins et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et en concordance avec ses avis antérieurs sur le même sujet, le Conseil des universités RECOMMANDE,

concernant l'approbation des programmes:

a) *QUE tout nouveau programme, y compris les programmes de spécialisation dans le domaine des Sciences de la santé soit soumis à l'approbation du Conseil avant son implantation comme le sont tous les nouveaux programmes;*

b) *QUE chacun des programmes inscrits dans la liste des programmes de spécialités produite à l'Annexe V et sous réserve de l'étude mentionnée à la recommandation 3 soit approuvé;*

c) *QUE les universités soumettent au Conseil des universités un dossier d'opportunité pour les programmes suivants, d'ici le 1er septembre 1978:*

Université de Sherbrooke:	*Biochimie médicale* *Médecine familiale* *Obstétrique-gynécologie* *Oto-Rhino-Laryngologie*
Université McGill:	*Santé communautaire* *Rhumatologie*
Université Laval:	*Santé communautaire*
Université de Montréal:	*Santé communautaire*

concernant la responsabilité de l'université:

a) *QUE les universités, en tenant compte des rapports d'évaluation de la Corporation professionnelle des médecins et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et des avis antérieurs du Conseil des universités, exercent un contrôle plus strict sur les enseignements en médecine, notamment en ce qui a trait:*
   - *à l'approbation et à l'évaluation des programmes;*
   - *à la description officielle de ces programmes;*
   - *à l'attribution d'un diplôme à la fin des études;*
   - *aux problèmes de définition de tâches et de rémunération des enseignants;*

b) *QUE les programmes post-m.d. de spécialités en médecine soient considérés comme des programmes professionnels de 2e ou 3e cycle et soient soumis de façon complète aux règlements et procédures relatifs aux programmes postgrade dans chaque université;*

concernant la coordination des programmes:

- *QU'une étude de rationalisation des programmes de spécialités en médecine soit entreprise sans délai, sous l'autorité du Conseil.*

Programmes des spécialités en médecine approuvés par le Conseil des universités, le 19 janvier 1978.

Programmes	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill
Internat rotatoire et multidisciplinaire	X	X	X	X
Allergie	—	X	—	X
Anatomo-pathologie	X	X	X	X
Anesthésie-réanimation	X	X	X	X
Biochimie médicale	X	—	—	X
Cardiologie et hémodynamique	X	X	X	X
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	—	X	—	X
Chirurgie générale	X	X	X	X
Chirurgie orthopédique	X	X	X	X
Chirurgie plastique	—	X	—	X
Dermatologie	X	X	—	X
Endocrinologie	X	X	X	X
Gastro-entérologie	—	X	X	X
Hématologie	X	X	X	X
Médecine interne	X	X	X	X
Médecine nucléaire	—	X	X	X
Microbiologie médicale	X	X	X	X
Néphrologie	X	X	X	X

Programmes des spécialités en médecine approuvés par le Conseil des universités, le 19 janvier 1978. (suite)

Programmes	Laval	Montréal	Sherbrooke	McGill
Neurochirurgie	X	X	X	X
Neurologie et électro-encéphalographie	X	X	X	X
Obstétrique et gynécologie	X	X	—	X
Ophtalmologie	X	X	X	X
Oto-rhino-laryngologie	X	X	—	X
Pédiatrie	X	X	X	X
Physiatrie	X	X	X	—
Pneumologie	X	X	X	X
Psychiatrie	X	X	X	X
Radiologie diagnostique	X	X	X	X
Radiothérapie	X	X	X	X
Rhumatologie	—	X	X	—
Urologie	X	X	—	X
Médecine familiale	X	X	—	X
Total +	**26**	**31**	**23**	**30**

Sur un total possible de 32 incluant l'internat rotatoire et multidisciplinaire et 31 programmes de spécialités.

Annexe V

Opération Sciences de la Santé (OSS): recommandation relatives à l'internat et la résidence[1] et Avis au ministre de l'Éducation[2]

(1) O.S.S. rapport final, avril 1976, partie II, chapitre 6.6 l'internat et la résidence pp, 339-375.
(2) Avis au ministre de l'Éducation sur le rapport final de l'Opération Sciences de la Santé, 22 avril 1977.

(Opération Sciences de la Santé: rapport final)

6.6.4 Recommandations

Relativement aux programmes de résidence, il est recommandé:

6.6.4.1 *que les universités complètent la transformation des programmes de résidence en programmes universitaires bien structurés comprenant une inscription, des objectifs définis, des ressources adéquates, une évaluation sérieuse des étudiants et du programme, et enfin un diplôme universitaire spécifique reconnu par la Corporation professionnelle des médecins du Québec.*

Les universités, ayant la responsabilité des programmes de résidence, devraient avoir l'autorité nécessaire et les moyens de contrôles requis pour s'assurer que la dimension «formation de niveau universitaire» demeure entièrement respectée devant la dimension «services de santé». À cette fin, il est recommandé:

6.6.4.2 *que les universités agréent les postes d'internes et de résidents dans les établissements de santé et précisent les modalités et mécanismes pédagogiques et professionnels dans le cadre des contrats d'affiliation.*

6.6.4.3 *que les universités et la Corporation professionnelle des médecins du Québec élaborent un examen commun terminal pour chacun des programmes de formation et que celui-ci soit valable autant pour l'obtention du diplôme que pour le certificat de spécialiste et le certificat de médecine de famille.*

En vue d'assurer la qualité de la formation des médecins spécialistes, il est recommandé:

6.6.4.4 *que la formation des futurs médecins spécialistes soit concentrée dans les unités d'enseignement clinique, ou dans d'autres milieux de formation rencontrant les mêmes objectifs d'enseignement, où il existe une masse critique qui garantira la qualité des milieux de formation.*

6.6.4.5 *que les universités facilitent l'implantation de programmes interuniversitaires conjoints et intégrés dans les secteurs de spécialisation à petite clientèle pour offrir aux résidents le choix des meilleurs centres de formation.*

Eu égard aux négociations collectives entre les syndicats de résidents et le ministère des Affaires sociales, le Comité directeur de l'OSS attire l'attention du ministère des Affaires sociales sur les implications pédagogiques de ces négociations, et en conséquence, il recommande:

6.6.4.6 *que le ministère de l'Éducation et les universités soient consultés par le ministère des Affaires sociales lors de ces négociations et avant que ne soit ratifiée toute entente entre le gouvernement et les syndicats de résidents.*

Afin de mieux évaluer les besoins en médecins spécialistes et d'assurer une meilleure répartition des internes et des résidents, il est recommandé:

6.6.4.7 *que le ministère des Affaires sociales réexamine périodiquement les besoins du Québec en termes de médecins spécialistes et en informe d'abord le ministère de l'Éducation et le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-universités;*

6.6.4.8 *que la répartition des internes soit confiée aux facultés de médecine tout comme la répartition des résidents.*

Relativement à la médecine de famille et à l'année dite de l'Internat, il est recommandé:

6.6.4.9 *que le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-universités étudie en priorité la possibilité d'implanter un programme par objectif conduisant à un permis d'exercice en médecine de famille;*

6.6.4.10 *que le Comité conjoint Corporation professionnelle des médecins-universités réoriente l'année dite «d'Internat» pour l'intégrer soit au programme proposé en médecine de famille soit aux autres programmes de résidence.*

Afin de prolonger la formation des médecins déjà en pratique, il est recommandé:

6.6.4.11 *que les universités et leurs facultés de médecine augmentent le secteur de l'enseignement*

permanent en médecine (maintien de la compétence) pour développer une pédagogie et des programmes répondant aux besoins des médecins du Québec;

6.6.4.12 *que la Corporation professionnelle des médecins du Québec établisse les besoins individuels et les schémas de programme de maintien de la compétence pour l'ensemble des médecins du Québec.*

(Avis au ministre de l'Éducation sur le rapport final d'OSS)

5.1 les programmes de résidence en médecine

Le Conseil souscrit entièrement aux vues de l'OSS en ce qui concerne les programmes de formation spécialisée en médecine: «trop forte dispersion des ressources constituant un risque pour la qualité et représentant un coût prohibitif; excédents certains de production en regard des besoins réels». Le problème, ajoute-t-il, risque de se poser bientôt en des termes identiques dans les spécialités de médecine dentaire.

Aussi, est-il d'accord avec les recommandations de l'OSS quant à la nécessité de concentrer les activités de formation dans les unités d'enseignement clinique, et à l'implantation de programmes intégrés dans les secteurs de spécialisation à petite clientèle (rec. 6.6.4.4. et 6.6.4.5., pp. 374 et 375). Cet impératif de concentration ne doit d'ailleurs point s'appliquer qu'aux sciences de la santé, mais toucher plus largement l'ensemble des secteurs d'activités universitaires.

L'effort de regroupement, pour être opérant, doit être fondé sur une évaluation plus précise des besoins en médecins spécialistes. L'identification de centres de gravité pour les activités de formation doit aussi s'appuyer sur des dispositions réglementaires plus claires touchant le cadre d'organisation des hôpitaux à vocation universitaire, ainsi que sur une distinction plus nette des activités de soins des niveaux dits «spécialisés» et «ultra-spécialisés».

Les provisions que contient déjà la Loi 48 et ses règlements à ce double égard exigent d'être complétées. D'autre part, les normes définies par le M.A.S. pour favoriser le regroupement graduel des services de soins spécialisés et ultra-spécialisés peuvent d'ores et déjà apporter des indications utiles quant à la détermination des besoins de médecins spécialistes et aux modalités de regroupements des activités.

Par ailleurs, le M.A.S. poursuit déjà depuis plusieurs années des travaux visant à identifier les activités de recherche poursuivies dans le milieu hospitalier et est préoccupé par la question de leur mode d'encadrement et de leur niveau de qualité.

Croyant que se trouvent réunies les conditions propres à faciliter une action efficace du M.E.Q. et du M.A.S. dans ce dossier, dont les incidences sur le développement d'ensemble des sciences de la santé sont considérables, le Conseil recommande:

Recommandation 1

QUE le M.E.Q. et le M.A.S., en concertation avec les universités, poursuivent vigoureusement les efforts déjà amorcés dans le but de favoriser la plus grande concentration possible des activités d'enseignement et de recherche en milieu hospitalier, à partir d'une politique commune quant au développement des unités d'enseignement et de recherche clinique.

Annexe VI

Évaluation quantitative et qualitative de la formation hors Québec des résidents diplômés du Québec inscrits dans les programmes québécois

L'analyse a porté sur les candidats aux examens de certification de l'année 1979. Sur 480 candidats, 299 étaient diplômés des facultés de médecine québécoises.

85/480 soit 17.7% des candidats ont acquis une partie de leur formation en dehors du Québec mais quatre d'entre eux avaient une formation antérieure hors Québec complète avant d'être immigrants et 13 étaient diplômés des autres provinces canadiennes.

En conséquence, l'analyse n'a porté que sur 68/299 soit 22.7% des candidats diplômés des facultés de médecine québécoises.

Tableau (1ère partie)

Identification des stages pour lesquels les résidents en formation au Québec sont allés à l'extérieur.
(L'analyse porte sur les candidats aux examens de certification de la C.P.M.Q. de 1979).

	Nb. de résidents sortis du Québec pour leur format.	Équivalent en nombre d'années/ résident	Niveau d'étude pendant leur formation en dehors du Québec (en années/résident)					
			R1	R2	R3	R4	R5	R6...
Allergie	—							
Anatomo-pathologie	5	11.5		2		2	7.5	
Anesthésie-réanimation	2	5.5		2		3.5		
Biochimie médicale	2	7				1	6[1] (Ph.D.)	
Cardiologie	3	8				2	6	
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	—							
Chirurgie générale	6	7.5		3.5		2	2	
Chirurgie orthopédique	1	1					1	
Chirurgie plastique	—							
Dermatologie	3	5		2		3		
Endocrinologie	4	8		2		5	1	
Gastro-entérologie	4	7		1		6		
Hématologie	—							
Médecine familiale	—							
Médecine interne	13	22.5		15		7.5		
Médecine nucléaire	—							

Tableau (2e partie)

Identification des stages pour lesquels les résidents en formation au Québec sont allés à l'extérieur.
(L'analyse porte sur les candidats aux examens de certification de la C.P.M.Q. de 1979).

	Nb. de résidents sortis du Québec pour leur format.	Équivalent en nombre d'années/ résident	Niveau d'étude pendant leur formation en dehors du Québec (en années/résident)					
			R1	R2	R3	R4	R5	R6...
Microbiologie médicale	—							
Néphrologie	—							
Neurochirurgie	—							
Neurologie et électro-encéphalographie	3	6	1		4		1	
Obstétrique & gynécologie	—							
Ophtalmologie	—							
Oto-rhino-laryngologie	—							
Pédiatrie	4	6	6					
Physiatrie	1	1			1			
Pneumologie	3	7			4		3	
Psychiatrie	4	7	3		4			
Radiologie diagnostique	1	1	1					
Radiothérapie	—							
Rhumatologie	2	3			1		2	
Santé communautaire	1	4			2		2 (Ph.D.)	
Urologie	1	.5			.5			
Total:	**53**	**118.5**	**38.5**		**48.5**		**31.5**	

Tableau (3e partie)

Identification des stages pour lesquels les résidents en formation au Québec sont allés à l'extérieur.
(L'analyse porte sur les candidats aux examens de certification de la C.P.M.Q. de 1979).

Spécialités non reconnues au Québec	Nb. de résidents sortis du Québec pour leur format.	Équivalent en nombre d'années/ résident	Niveau d'étude pendant leur formation en dehors du Québec (en années/résident)					
			R1	R2	R3	R4	R5	R6...
Gériatrie	1	1			1			
Infectiologie	3	3		1		1	1	
Oncologie	3	4				1	3	
Pharmacologie clinique	3	5				1	4	
Total:	**73**[2][3]	131.5		39.5		52.5	39.5	
				30%		**40%**	**30%**	

[1] Pour chaque promotion de candidats aux examens de la Corporation des années à venir, l'importance de la formation hors du Québec va diminuer puisque des politiques restrictives d'immigration sont appliquées depuis 1976 aux USA.

[2] Nous obtenons un total de 73 sujets qui sont sortis du Québec alors que l'étude a été faite à propos de 68 sujets.
La différence provient du fait que 5 candidats sont allés à l'étranger pour se former dans des disciplines différentes, le plus souvent il s'agit de médecine interne suivi d'une sous-spécialité.

[3] 6 candidats ont également fait leur année d'internat aux États-Unis. Cette donnée n'apparaît pas dans le tableau.

Annexe VII

Évaluation du nombre de résidents diplômés du Québec et des autres provinces canadiennes requis pour maintenir les effectifs professionnels médicaux spécialisés de 1978

Remarques à propos du tableau ci-contre

1. L'augmentation importante du nombre de médecins spécialistes exerçant dans la province de Québec a eu lieu pour le groupe de spécialistes ayant actuellement 45 à 49 ans. Elle s'est maintenue pendant environ 10 ans jusqu'au groupe ayant 35 à 39 ans. On observe une diminution des effectifs pour le groupe de 30 à 35 ans alors que l'immense majorité des spécialistes sont certifiés avant 30 ans.

2. Il est remarquable que l'on observe une diminution des effectifs sur ce tableau alors que les mesures visant à réduire le nombre des spécialistes n'ont pas encore eu le temps de se manifester:
   — **première mesure:** le nombre des diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays plafonné à 15% puis 10%;
   — **deuxième mesure:** le contingentement du nombre de postes rémunérés d'internes et de résidents.

3. On observe une excellente corrélation entre les effectifs par spécialité rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et les effectifs fournis par la Corporation professionnelle des médecins du Québec; on doit admettre alors que l'immense majorité des médecins font de la pratique même si pour un bon nombre d'entre eux ce n'est qu'à temps partiel.

Évaluation du nombre de résidents diplômés du Québec et des autres provinces canadiennes requis pour maintenir les effectifs professionnels médicaux spécialisés de 1978

Sur les tableaux ci-après, on a tenté de cerner le nombre de résidents nécessaires au maintien des effectifs dans chacune des spécialités. L'objectif de cet exercice est modeste, il s'agit d'évaluer les répercussions du contingentement sur *le seul maintien des effectifs actuels*. Pour cerner les besoins des 5 à 10 années à venir, cet exercice paraît tout aussi utile et certainement plus réaliste qu'une évaluation à partir de ratio médecin/population. Nous ne portons pas de jugement sur la valeur de la situation actuelle mais nous pensons que la situation actuelle correspond à une certaine réalité et à un certain besoin et que dans un avenir limité (10 ans) elle permettra de combler une grande partie des besoins de la population.

Premièrement, on a évalué le nombre de nouveaux spécialistes restant exercer au Québec requis chaque année dans chaque spécialité à partir du tableau de répartition des médecins spécialistes, par spécialité et par tranche d'âge fourni par la Régie. Sur ce tableau, nous avons cerné le nombre d'années pendant lesquelles les effectifs sont stables, par exemple entre 40 et 54 ans les anatomo-pathologistes se répartissent en 3 groupes à peu près égaux: 38, 40, 34 sujets pour chaque tranche d'âge de 5 ans. C'est ce que nous avons appelé le «plateau».

En divisant le nombre de spécialistes du plateau (112 dans l'exemple cité) par la durée du plateau (15 ans), on obtient le nombre requis, chaque année, pour maintenir les effectifs.

Exemple: $\frac{112}{15}$: 7.45 anatomo-pathologistes/an.

On verra que pour plusieurs spécialités, il est impossible de faire cette évaluation, soit parce que les spécialités sont trop récentes, soit parce qu'il n'y ait pas de plateau dans la répartition par tranche d'âge.

Deuxièmement, par une série de calculs simples indiqués dans le tableau, on compare le nombre de résidents *idéalement* requis dans les programmes pour maintenir les effectifs (colonne 5) et le nombre de résidents présents *effectivement* pendant les 5 dernières années (colonne 6 provenant de l'Annexe VIII). Les surplus ou les déficits apparaissent dans la 7ème colonne.

Troisièmement, on introduit un facteur de correction au déficit ou au surplus calculé en prenant en considération l'âge moyen de l'ensemble du groupe de la spécialité concernée.

Tableau 18[1]

Nombre de médecins selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, la spécialité, le sexe et l'âge pour l'ensemble des modes de rémunération, Québec, 1978.

Catégorie de médecins, groupe spécialités et spécialité	Groupe d'âge													
	Moins de 25 ans		25 — 29		30 — 34		35 — 39		40 — 44		45 — 49		50 — 54	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Ensemble des médecins	**134**	**72**	**1 096**	**340**	**1 612**	**219**	**1 311**	**136**	**1 169**	**90**	**1 174**	**73**	**912**	**81**
Médecins résidents année complète	25	5	161	33	78	7	13	1	4	1	2	—	—	—
Médecins résidents année partielle	11	5	122	32	102	15	17	5	4	1	—	—	—	—
Médecins omnipraticiens	97	62	739	256	767	115	431	47	302	33	347	27	323	29
Médecins spécialistes	1	—	74	19	665	82	850	83	859	55	825	46	589	52
Spécialités médicales	**1**	**—**	**45**	**13**	**379**	**56**	**431**	**56**	**438**	**41**	**411**	**26**	**290**	**40**
Allergie	—	—	—	—	9	1	3	2	3	—	7	—	4	1
Anesthésie-réanimation	—	—	6	1	34	6	39	9	69	5	88	7	60	9
Cardiologie	—	—	1	2	43	—	42	—	38	—	36	1	29	2
Dermato-syphiligraphie	—	—	5	2	26	7	15	6	14	2	5	1	3	—
Endocrinologie	—	—	—	1	14	3	16	1	18	1	9	2	8	1
Gastro-entérologie	—	—	6	—	17	1	17	—	17	1	16	—	9	—
Hématologie	—	—	3	1	15	4	25	—	21	2	15	2	8	2
Hygiène publique	—	—	—	—	—	1	1	1	2	1	2	—	2	—
Médecine interne	—	—	3	1	25	1	25	2	29	1	34	—	28	—
Néphrologie	—	—	—	—	18	—	19	—	13	1	19	1	6	—
Neurologie et électro-encéphalographie	—	—	3	—	23	3	31	5	29	—	11	—	8	5
Pédiatrie	—	—	4	2	50	15	56	5	50	11	47	3	35	10
Psychiatrie	—	—	—	—	7	2	6	1	6	2	10	—	9	1
Pneumologie	1	—	2	—	17	2	16	—	11	—	10	—	8	—
Psychiatrie	—	—	12	3	73	10	116	23	114	14	97	7	72	9
Rhumatologie	—	—	—	—	8	—	4	1	4	—	5	2	1	—
Spécialités chirurgicales	**—**	**—**	**19**	**1**	**216**	**10**	**306**	**8**	**313**	**2**	**285**	**6**	**205**	**4**
Chirurgie générale	—	—	6	—	54	4	70	1	82	1	95	—	85	—
Chirurgie orthopédique	—	—	2	—	35	—	51	—	50	—	46	—	16	—
Chirurgie plastique	—	—	1	—	11	—	15	2	15	—	10	—	6	—
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	—	—	—	—	6	—	16	—	8	—	10	—	8	—
Gynécologie obstétrique-gynécologie et obstétrique	—	—	3	—	50	1	51	3	53	—	48	3	41	2
Neurochirurgie	—	—	—	1	3	1	11	—	12	—	9	—	6	—
Ophtalmologie	—	—	3	—	21	4	41	1	31	1	27	3	16	2
Otho-rhino-laryngologie	—	—	3	—	22	—	30	1	31	—	25	—	14	—
Urologie	—	—	1	—	14	—	21	—	31	—	15	—	13	—
Spécialités de laboratoire	**—**	**—**	**3**	**—**	**21**	**8**	**39**	**7**	**53**	**7**	**53**	**10**	**43**	**4**
Anatomo-pathologie et pathologie-clinique	—	—	2	—	8	6	23	4	35	3	37	3	32	2
Biochimie médicale	—	—	1	—	1	—	2	—	8	—	2	2	2	—
Médecine nucléaire	—	—	—	—	6	—	2	2	3	—	5	—	6	—
Microbiologie	—	—	—	—	6	2	12	1	7	4	9	5	3	2
Radiologie	**—**	**—**	**7**	**5**	**49**	**8**	**74**	**12**	**55**	**5**	**78**	**4**	**51**	**4**
Radiologie diagnostique	—	—	7	4	44	8	67	12	53	4	69	4	49	4
Radiologie thérapeutique	—	—	—	1	5	—	7	—	2	1	7	—	2	—

[1] Régie de l'assurance-maladie du Québec. Statistiques annuelles. 1978.

Tableau 18[1] (suite)

Nombre de médecins selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, la spécialité, le sexe et l'âge pour l'ensemble des modes de rémunération, Québec, 1978.

	Groupe d'âge											
	55 — 59		60 — 64		65 — 69		70 — 74		75 et plus		Total	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Ensemble des médecins	**727**	**35**	**428**	**28**	**289**	**9**	**199**	**4**	**144**	**3**	**9 195**	**1 090**
Médecins résidents année complète	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	263	47
Médecins résidents année partielle	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	256	58
Médecins omnipraticiens	263	15	145	7	113	4	100	3	49	1	3 676	599
Médecins spécialistes	464	20	283	21	176	5	99	1	95	2	4 980	386
Spécialités médicales	**204**	**18**	**127**	**14**	**76**	**3**	**59**	**—**	**49**	**—**	**2 510**	**267**
Allergie	—	—	3	—	2	—	2	—	1	—	34	4
Anesthésie-réanimation	41	3	28	3	13	—	6	—	5	—	389	43
Cardiologie	19	—	12	—	6	—	4	—	4	—	234	5
Dermato-syphiligraphie	2	1	3	1	3	—	2	—	7	—	85	20
Endocrinologie	6	—	4	1	1	—	—	—	1	—	77	10
Gastro-entérologie	6	—	2	—	5	—	—	—	3	—	98	2
Hématologie	6	4	3	1	1	—	1	—	1	—	99	16
Hygiène publique	—	1	2	—	1	—	3	—	1	—	14	4
Médecine interne	31	—	23	2	13	—	21	—	12	—	244	7
Néphrologie	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76	2
Neurologie et électro-encéphalographie	6	1	7	—	1	—	1	—	—	—	120	14
Pédiatrie	17	—	12	3	9	1	9	—	7	—	296	50
Physiatrie	4	—	1	—	—	1	2	—	1	—	46	7
Pneumologie	15	1	11	—	11	1	2	—	5	—	109	4
Psychiatrie	44	6	12	3	8	—	5	—	1	—	554	75
Rhumatologie	6	1	4	—	2	—	1	—	—	—	35	4
Spécialités chirurgicales	**200**	**1**	**128**	**2**	**87**	**—**	**35**	**1**	**41**	**1**	**1 835**	**36**
Chirurgie générale	75	—	43	—	36	—	13	—	14	—	573	6
Chirurgie orthopédique	18	—	10	—	5	—	1	—	3	—	237	—
Chirurgie plastique	7	1	1	1	4	—	—	—	—	—	70	4
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	3	—	5	—	—	—	1	—	—	—	57	—
Gynécologie obstétrique-gynécologie et obstétrique	43	—	28	1	17	—	8	1	10	1	352	12
Neurochirurgie	7	—	2	—	2	—	—	—	—	—	52	2
Ophtalmologie	16	—	17	—	13	—	7	—	6	—	198	11
Oto-rhino-laryngologie	16	—	17	—	7	—	4	—	3	—	172	1
Urologie	15	—	5	—	3	—	1	—	5	—	124	—
Spécialités de laboratoire	**27**	**1**	**11**	**4**	**8**	**2**	**2**	**—**	**—**	**1**	**280**	**44**
Anatomo-pathologie et pathologie clinique	19	—	7	2	3	—	1	—	—	1	167	21
Biochimie médicale	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	17	3
Médecine nucléaire	4	—	1	—	2	—	—	—	—	—	29	2
Microbiologie médicale	3	1	3	2	3	1	1	—	—	—	47	18
Radiologie	**33**	**—**	**17**	**1**	**5**	**—**	**3**	**—**	**5**	**—**	**375**	**39**
Radiologie diagnostique	31	—	16	1	4	—	3	—	4	—	347	37
Radiologie thérapeutique	2	—	1	—	1	—	—	—	1	—	28	2

[1] Régie de l'assurance-maladie du Québec. Statistiques annuelles. 1978.

	1. Nombre d'années où le nombre de spécialistes est assez stable (plateau)	2. Nombre de spécialistes correspondant au plateau	3. Nombre de certifiés restant au Québec requis par an, pour maintenir les effectifs	4. Nombre de résidents requis par an sachant qu'il y a environ 20% d'échecs et 10% de mut. des autres provinces (3 - 30% = 4)	5. Nombre de résidents requis compte tenu de la durée des programmes	6. Nombre de résidents m. Québec et autres prov. présents chaque année depuis 5 ans, en moyenne	7. Déficit (-) ou surplus (-) en 1990 (5 - 6 = 7)	8. Pourcentage des spécialistes ayant moins de 45 ans	Commentaires
Allergie	Pas de plateau					4.2	?	47%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Anatomo-pathologie	15 ans (40-54)	112	7.45	9.7	38.8 (x4)	29.8	-9	43%	Déficit de 23% majoré par le fait que les effectifs sont plus âgés que la moyenne.
Anesthésie-réanimation	15 ans (40-54)	238	15.85	20.3	81.4 (x4)	39.8	-41.6	39%	Déficit de 51% majoré par le fait que les effectifs sont beaucoup plus âgés que la moyenne.
Biochimie médicale	Pas de plateau					3	?	60%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Cardiologie	20 ans (30-49)	159	7.95	10.3	25.75 (x2.5)	24	-1.75	53%	L'équilibre est maintenue pour le maintien des effectifs. Le maintien des effectifs est assuré.
Chirurgie C.V.T.	Pas de plateau					4.4		52%	Conclusion impossible; de plus les besoins en main-d'oeuvre sont ici très liés aux progrès techniques et ce, de façon immédiate.
Chirurgie générale	15 ans (40-54)	263	17.53	22.8	91.2 (x4)	130.4	N/A	38%	Le bilan est ininterprétable car beaucoup de résidents se dirigeront en sous-spécialité. Effectifs âgés.
Chirurgie orthopédique	15 ans (35.49)	147	9.8	12.7	38 (x3)	32	-6	58%	Déficit de 15% un peu corrigé parce que les effectifs sont un peu plus jeunes que la moyenne.

	1- Nombre d'années où le nombre de spécialistes est assez stable (plateau)	2- Nombre de spécialistes correspondant au plateau	3- Nombre de certifiés restant au Québec requis par an, pour maintenir les effectifs	4- Nombre de résidents requis par an sachant qu'il y a environ 20% d'échecs et 10% de md. des autres provinces (3 - 30% = 4)	5- Nombre de résidents requis compte tenu de la durée des programmes	6- Nombre de résidents m. Québec et autres prov. présents chaque année depuis 5 ans, en moyenne	7- Déficit (-) ou surplus (-) en 1986 (5 - 6 = 7)	8- Pourcentage des spécialistes ayant moins de 45 ans	Commentaires
Chirurgie plastique	20 ans (30-49)	53	2.65	3.45	6.9 (x2)	9.6	+2.7	59%	Surplus de 40% majoré par des effectifs plus jeunes que la moyenne.
Dermatologie	Pas de plateau et effectifs en croissance rapide					24.2	?	73%	Le bilan est ininterprétable mais les effectifs sont très jeunes.
Endocrinologie	Plateau ininterprétable car il englobe les 2/3 de l'ensemble des effectifs				11.5 (x2.5)	8.2	−3.3	68%	Conclusion impossible en raison du caractère récent de cette spécialité (1970).
Gastro-entérologie	20 ans (30-49)	69	3.45	4.5	11.25 (x2.5)	14.8	+3.55	59%	Surplus de 30% majoré par des effectifs un peu plus jeunes que la moyenne.
Hématologie	20 ans (30-49)	84	4.2	5.46	13.65 (x2.5)	12	−1.65	62%	Déficit de 12% corrigé par la jeunesse des effectifs.
Médecine interne	20 ans (40-59)	123	6.15	18.45	73.8 (x4)	237.8	N/A	35%	Le bilan est ininterprétable car de nombreux résidents vont se diriger en sous-spécialité.
Médecine nucléaire	Effectifs trop petits					2.8	?	42%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Microbiologie médicale	15 ans (35-49)	38	2.53	3.28	9.8 (x3)	11.4	+1.6	49%	Déficit de 16% peu interprétable car les effectifs sont réstreints.

	[11] Nombre d'années où le nombre de spécialistes est resté stable (plateau)	[12] Nombre de spécialistes correspondant au plateau	[13] Nombre de certifiés restant au Québec requis par an, pour maintenir les effectifs	[14] Nombre de résidents requis par an (tachent qu'il y a environ 20% d'échecs et 10% de mut. des autres provinces (3 + 30% = 4)	[15] Nombre de résidents requis compte tenu de la durée des programmes	[16] Nombre de résidents m. Québec et autres prov. présents chaque année depuis 5 ans, en moyenne	[17] Déficit (-) ou surplus (+) en 1980 (16 - 6 = 7)	[18] Pourcentage des spécialistes ayant moins de 45 ans	Commentaires
Néphrologie	Plateau ininterprétable car il englobe les 7/8 de l'ensemble des effectifs				11.5 (x2.5)	9.8	−1.7	65%	Conclusion impossible en raison du caractère récent de cette spécialité (1970).
Neurochirurgie	15 ans (35-49)	32	2.13	2.75	11 (x4)	5.4	−5.6	51%	Il est utile d'évaluer le nombre requis pour maintenir les effectifs car les effectifs sont trop nombreux dans la province de Québec.
Neurologie et E.E.G.	15 ans (30-44)	91	6.06	7.9	19.75 (x2.5)	16.4	−3.35	70%	Déficit de 16% compensé par la jeunesse des effectifs.
Obstétrique-gynécologie	20 ans (30-49)	209	10.45	13.58	37.5 (x2.75)	58.2	+20.7	44%	Surplus de 55% des effectifs. Les effectifs sont un peu plus âgés que la moyenne.
Ophtalmologie	15 ans (35-49)	104	6.93	9	27 (x3)	35.6	+8.6	49%	Surplus de 30% alors que l'âge des effectifs est identique à celui de l'ensemble des spécialistes.
Oto-rhino-laryngologie	15 ans (35-49)	87	5.8	7.5	22.5 (x3)	14.8	−7.7	50%	Déficit de 34% sans compensation ou aggravation par la moyenne d'âge des effectifs.
Pédiatrie	15 ans (30-45)	187	12.46	16.2	64.8 (x4)	78.8	+14	55%	Surplus de 21% majoré par des effectifs un peu plus jeunes que la moyenne.
Physiatrie	25 ans (30-54)	44	1.76	2.28	4.5 (x2)	2	−2.5	45%	Déficit de 55% avec une absence presque complète de candidats dans les programmes.

	[1] Nombre d'années où le nombre de spécialistes est assez stable (plateau)	[2] Nombre de spécialistes correspondant au plateau	[3] Nombre de certifiés restant au Québec requis par an, pour maintenir les effectifs	[4] Nombre de résidents requis par an soutenant qu'il y a environ 20% de sortants et 10% de md. des autres provinces (3 + 30% + 4)	[5] Nombre de résidents requis compte tenu de la durée des programmes	[6] Nombre de résidents m. Québec et autres prov. présents chaque année depuis 5 ans, en moyenne	[7] Déficit (-) ou surplus (-) en 1980 (5 ou 7)	[8] Pourcentage des spécialistes ayant moins de 45 ans	Commentaires
Pneumologie	Pas de plateau = double population — phtisiologue — pneumologue					15.6	?	43%	Conclusion impossible car on n'observe pas de plateau.
Psychiatrie	15 ans (35-49)	371	24.73	32.1	128.5 (x4)	83.2	−45.3	58%	Déficit de 35% compensé en partie par la jeunesse des effectifs.
Radiologie diagnostique	15 ans (35-49)	209	13.93	18.1	67.9 (x3.75)	53	−14.9	52%	Déficit de 22% non compensé par l'âge des effectifs.
Radiothérapie	Pas de plateau — très petits effectifs					1	?	53%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Rhumatologie	Pas de plateau					5.8	?	44%	Conclusion impossible en raison de la rareté des effectifs.
Santé communautaire	Pas d'effectifs. Besoins en main-d'oeuvre évalués à 100					9.4	—	—	
Urologie	Pas de plateau					14	?	54%	Conclusion impossible en l'absence de plateau.

Annexe VIII

Achalandage des programmes de résidence
de 1972-73 à 1979-80

(données publiées par la C.P.M.Q. correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année et données fournies par le ministère des Affaires intergouvernementales pour les résidents reçus dans le cadre des accords intergouvernementaux)

Programme: **Allergie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U.-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					3	8		11						1		1	12
1974-75					4	5		9									9
1975-76					5	4	1	10									10
1976-77					4	5		9									9
1977-78					4	5		9									9
1978-79					3	6		9									9
1979-80					5	3		8									8
Total 1975-1980					21			45									21/45[4]
Nb. moyen par an					4.2			9									4.2/9[5]
Nb. max. de postes[6]								8				3					11

CE PROGRAMME EST RECONNU

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Anatomo-pathologie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	8	1		9	13	26		39	15	4		19	2			2	**69**
1974-75	7	2		9	13	32		45	5	4		9	1	1		2	**65**
1975-76	8	2		10	11	26		37	6	6	1	13	2	2		4	**64**
1976-77	8	2		10	13	23		36	7	5		12	2	1		3	**61**
1977-78	5	3		8	14	19		33	9	3		12	2			2	**55**
1978-79	6			6	15	12		27	9		1	10	1	2		3	**45**
1979-80	3			3	14	14		28	14			14		1		1	**46**
Total 1975-1980	30			37	67			161	45			61	7			13	**149/271**[4]
Nb. moyen par an	6			7.4	13.4			32.2	9			12.2	1.4			2.6	**29.8/54.2**[5]
Nb. max. de postes[6]				15				40				30				6	**91**

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Anesthésie-réanimation**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	20	1		21	7	37		44	14	7		21	2	2		4	**90**
1974-75	13	1		14	7	35		42	17	3		20	2	3		5	**81**
1975-76	16	1	1	18	7	23	2	32	9	2	2	13	2	4		6	**69**
1976-77	14		1	15	6	21	3	30	16	3	3	22	1		1	2	**69**
1977-78	13	2	1	16	10	14	7	31	15	1	2	18	1		2	3	**68**
1978-79	11		1	12	13	9	1	23	15	1	3	19		3	1	4	**58**
1979-80	14			14	17	14		31	17	3	1	21	2	1	1	4	**70**
Total 1975-1980	68			75	53			147	72			93	6			19	**199/334**[4]
Nb. moyen par an	13.6			15	10.6			29.4	14.4			18.6	1.2			3.6	**39.8/66.8**[5]
Nb. max. de postes[6]				27				46				30				12	**115**

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.
[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.
[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).
[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par le C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Biochimie médicale

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	1	1		2	1			1									3
1974-75	1	1		2	1			1									3
1975-76	1	2		3		1		1									4
1976-77													1			1	1
1977-78	5	1		6	1			1					1			1	8
1978-79	1	1		2	1	1		2									4
1979-80	2	1	1	4									2			2	6
Total 1975-1980	9			15	2			4					4			4	15/23[4]
Nb. moyen par an	1.8			3	0.4			0.8					0.8			0.8	3/4.6[5]
Nb. max. de postes[6]				5				4								3	12

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Cardiologie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	4	3		7	9	4		13	11	9		20					40
1974-75	5	3		8	11	5		16	13	12		25	1	1		2	51
1975-76	6		1	7	9	6		15	11	10	6	27	1	1		2	27/51
1976-77	5	1	2	8	10	1		11	11	10	5	26					26/45
1977-78	3	1	2	6	9	4		13	6	10	4	20	1	1		2	19/41
1978-79	5	2	2	9	10	2	1	13	8	6	6	20	2	1		3	25/45
1979-80	6	1		7	8	0		8	8	6	6	20	1		[1]	1	21/36
Total 1975-1980	25			37	46			60	44			113	5			8	120/218[4]
Nb. moyen par an	5			7.4	9.2			12	8.8			22.6	1			1.6	24/43.6[5]
Nb. max. de postes[6]				11				14				31				5	61

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.
[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.
[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).
[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					3	1		4	2	4		6					10
1974-75					2	1		3	2	6		8					11
1975-76					2			2	2	4	1	7					9
1976-77					2	1		3	2	6	3	11					14
1977-78					2	1		3		3	2	5					8
1978-79					3		1	4	5	1	2	8					12
1979-80					2	1	1	4	2		2	4					8
Total 1975-1980					11			16	11			35					22/51[4]
Nb. moyen par an					2.2			3.2	2.2			7					4.4/10.2[5]
Nb. max. de postes[6]								4				10					14

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Chirurgie générale**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	36	11		47	71	40		111	46	34		80	11	7		18	**256**
1974-75	33	13		46	61	48		109	37	36		73	7	7		14	**242**
1975-76	35	17		52	71	38		109	47	22	1	70	5	10	1	16	**247**
1976-77	28	9	2	39	57	28		85	46	20	3	69	6	7	1	14	**207**
1977-78	16	8	2	26	53	22		75	49	7	3	59	8	5	3	16	**176**
1978-79	20	2	3	25	50	19	1	70	35	7	4	46	7	5	1	13	**154**
1979-80	17	2	3	22	60	11	3	74	39	13	4	56	3	2	1	6	**158**
Total 1975-1980	116			164	291			413	216			300	29			65	**652/942[4]**
Nb. moyen par an	23.2			32.8	58.1			82.6	43.2			60	5.8			13	**130.4/188.4[5]**
Nb. max. de postes[6]				46				105				100				24	**275**

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Chirurgie orthopédique

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	11	1		12	21	7		28	14	9		23	1	4		5	68
1974-75	9	1		10	21	7		28	14	11		25	1	3		4	67
1975-76	6	1	1	8	19	8		27	12	10		22		2		2	59
1976-77	5		2	7	19	9		28	9	10		19			2	2	56
1977-78	6		2	8	16	6		22	10	5	2	17	1	2		3	50
1978-79	3		3	6	15	5		20	10	2	2	14	1	1	1	3	43
1979-80	3		1	4	17	2	2	21	7			7	1		1	2	34
Total 1975-1980	23			33	86			118	48			79	3			12	160/242[4]
Nb. moyen par an	4.6			6.6	17.2			23.6	9.6			15.8	0.6			2.4	32/48.4[5]
Nb. max. de postes[6]				14			30					26				6	76

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Chirurgie plastique**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					5	3		8	5	1		6					14
1974-75					4	2		6	6			6					12
1975-76					3	3		6	8		1	9					15
1976-77					2	3		5	7	2		9					14
1977-78					3	3		6	6	3		9					15
1978-79					5	2		7	4	2		6					13
1979-80					5	3		8	5			5					13
Total 1975-1980					18			32	30			38					48/70[4]
Nb. moyen par an					3.6			6.4	6			7.6					9.6/14[5]
Nb. max. de postes[6]								6				9					15

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.
[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.
[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).
[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Dermatologie

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	5			5	10	2		12	10	2		12					29
1974-75	4			4	11	3		14	10	1		11					29
1975-76	3			3	10	4		14	9	1		10					27
1976-77	3			3	13	2		15	10			10					28
1977-78	3			3	14	1		15	8	1		9					27
1978-79	4			4	14			14	8	2		10					28
1979-80	2		1	3	13	1		14	7	1		8					25
Total 1975-1980	15			16	64			72	42			47					121/135[4]
Nb. moyen par an	3			3.2	12.8			14.4	8.4			9.4					24.2/27[5]
Nb. max. de postes[6]				6				16				12					34

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.
[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.
[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).
[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Endocrinologie

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	2			2	1	4		5	3	3		6					13
1974-75	1			1	6	6		12	4			4		1		1	18
1975-76	4			4	6	3		9	5	2	1	8	1			1	22
1976-77	3			3	5	3		8	1	2	1	4					15
1977-78	1			1	3	5		8		2	1	3					12
1978-79			1	1	2	2		4	5	2		7					12
1979-80		1	1	1	2	3		5	3	2	1	6					12
Total 1975-1980	8			10	18			34	14			28	1			1	41/73[4]
Nb. moyen par an	1.6			2	3.6			6.8	2.8			5.6	.2			.2	8.2/14.6[5]
Nb. max. de postes[6]				4				11				10				2	27

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Gastro-entérologie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					4	6		10	4	4		8		1		1	19
1974-75					6	4		10	2	5		7					17
1975-76					8	3		11	8	3	2	13	1			1	25
1976-77					10	1		11	9	5		14	1			1	26
1977-78					8	3		11	6	5	1	12	1		1	2	25
1978-79					6	2		8	5	1	1	7	1	1		2	17
1979-80					6	1		7	4	2	1	7		1		1	15
Total 1975-1980					38			48	32			53	4			7	74/108[4]
Nb. moyen par an					7.6			9.6	6.4			10.6	0.8			1.4	14.8/21.6[5]
Nb. max. de postes[6]								10				15				2	27

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Échelonnage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Hématologie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					1	10		11	4	3		7	1			1	19
1974-75					1	7		8	1	5		6	1			1	15
1975-76	2			2	5	4		9	2	1		3	1			1	15
1976-77	3			3	9	4	1	14	7	1		8	1			1	26
1977-78	4			4	6	7		13	5	1		6					23
1978-79	1			1	3	2		5	3	1		4	1			1	11
1979-80	1			1	5	1		6	1	1		2					9
Total 1975-1980	11			11	28			47	18			23	3			3	60/84[4]
Nb. moyen par an	2.2			2.2	5.6			9.4	3.6			4.6	0.6			0.6	12/16.8[5]
Nb. max. de postes[6]				4				14				10				2 (prov.)	30

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Médecine familiale**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	28			28	23	3		26					3			3	**57**
1974-75	39			39	27	8		35	6	1		7	10			10	**91**
1975-76	47			47	26	12		38	14	1		15	15			15	**115**
1976-77	42			42	32	15		47	21	2		23	24			24	**136**
1977-78	45			45	44	16		60	31	3		34	34	1		35	**174**
1978-79	38	1		39	52	14		66	34	1		35	41	1		42	**182**
1979-80	42			42	50	9		59	51			51	49			49	**201**
Total 1975-1980	214			215	204			270	151			158	163			165	**732/808**[4]
Nb. moyen par an	42.8			43	40.8			54	30.2			31.6	32.6			33	**146.4/161.6**[5]
Nb. max. de postes[6]				42				60				72				50	**224**

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Médecine interne**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	47	3		50	111	58		169	73	25		98	17	6		23	**340**
1974-75	41	4		45	107	50		157	73	37		110	14	6		20	**332**
1975-76	34	6		40	111	38		149	73	17		90	21	2	1	24	**303**
1976-77	38	3	2	43	115	37		152	71	15		86	20	2		22	**303**
1977-78	41	4		45	110	29		139	64	14	1	79	16	2	1	19	**282**
1978-79	42	4		46	112	29	1	142	57	12		69	16	4		20	**277**
1979-80	37	2		39	111	25	1	137	77	12		89	23	1		24	**289**
Total 1975-1980	192			213	559			719	342			413	96			109	**1189/1454**[4]
Nb. moyen par an	38.4			42.6	111.8			143.8	68.4			82.6	19.2			21.8	**237.8/290.8**[5]
Nb. max. de postes[6]				55				149				120				30	**354**

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Médecine nucléaire**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					1	2		3	1	1		2	2			2	7
1974-75					1	1		2	3			3					5
1975-76						2		2		1		1					3
1976-77						3		3									3
1977-78					1			1	1			1	1			1	3
1978-79						2		2	3			3	1			1	6
1979-80					2	2		4	5			5					9
Total 1975-1980					3			12	9			10	2			2	14/24[4]
Nb. moyen par an					0.6			2.4	1.8			2	0.4			0.4	2.8/4.8[5]
Nb. max. de postes[6]								6				6				5	17

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.
[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.
[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).
[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Microbiologie médicale**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	2	1		3	2	3		5	8	1		9					17
1974-75		1		1	2	1		3	5	1		6					10
1975-76	1	1		2	3			3	6	2		8					13
1976-77	3	1		4	3	1		4	6	1		7					15
1977-78					2	2		4	10	1		11					15
1978-79	2			2	2	1		3	8	1		9					14
1979-80	4			4	2	1		3	5	1	1	7					14
Total 1975-1980	10			12	12			17	35			42					57/71[4]
Nb. moyen par an	2			2.4	2.4			3.4	7			8.4					11.4/14.2[5]
Nb. max. de postes[6]				4				6				12				3	25

CE PROGRAMME EST RECONNU

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.
[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.
[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.
[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).
[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Néphrologie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					6	6		12	5	2		7	4			4	23
1974-75					7	4		11	4	5		9	1			1	21
1975-76					7	7		14	3	3		6					20
1976-77					4	5		9	2	3		5	2			2	16
1977-78	1			1	4	5		9	3	1		4	2			2	16
1978-79					4	3		7	4	1		5	3			3	15
1979-80	1			1	4	3		7	4	1		5	1		1	2	15
Total 1975-1980	2			2	23			46	16			25	8			9	49/82[4]
Nb. moyen par an	0.4			0.4	4.6			9.2	3.2			5	2			2.2	9.8/16.4[5]
Nb. max. de postes[6]				3				11				12				3	29

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Neurochirurgie

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74					11	13		14		3		3	1			1	18
1974-75		1		1	3	11		14		3		3	1	1		2	20
1975-76	1			1	3	11		14		4	1	5		1		1	21
1976-77	2			2	3	13		16	1	2		3		2		2	23
1977-78	3	1		4	2	8		10	1	2		3		2		2	19
1978-79	3			3	2	7		9	1	1		2		1		1	15
1979-80	2			2	3	6		9		2	1	3		1		1	15
Total 1975-1980	11			12	13			58	3			16				7	27/93[4]
Nb. moyen par an	2.2			2.4	2.6			11.6	0.6			3.2				1.4	5.4/18.6[5]
Nb. max. de postes[6]				4				12				6				2	24

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par le C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Neurologie

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	3			3	11	17		28	6			6		1		1	38
1974-75	2			2	13	11		24	3	2		5	1	2		3	34
1975-76		1		1	13	8		21	4	2		6	1	3		4	32
1976-77		1		1	8	11		19	6			6	1	1	1	3	29
1977-78		1		1	11	12		23	5			5	1	2		3	32
1978-79					12	10		22	4		1	5		2		2	29
1979-80			1	1	12	5		17	4			4					22
Total 1975-1980				4	56			102	23			26	3			12	82/144[4]
Nb. moyen par an				0.8	11.2			20.4	4.6			5.2	0.6			2.4	16.4/28.8[5]
Nb. max. de postes[6]				4				22				14				4	44

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Obstétrique-gynécologie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	9	5		14	16	23		39	11	15		26		1		1	80
1974-75	13	3		16	25	14		39	9	6		15					70
1975-76	13	3		16	26	14		40	9	2	2	13	1			1	70
1976-77	13	3		16	28	13		41	20	2	2	24	1		1	2	83
1977-78	12	2	1	15	29	11		40	16	5	1	22	3			3	80
1978-79	12	4		16	29	10		39	18	4	2	24	5	1		6	85
1979-80	14	1	1	16	24	7		31	14	3	2	19	4	2	1	7	73
Total 1975-1980	64			79	136			191	77			102	14			19	291/391[4]
Nb. moyen par an	12.8			15.8	27.2			38.2	15.4			20.4	2.8			3.8	58.2/78.2[5]
Nb. max. de postes[6]				24				40				40				6	110

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Ophtalmologie

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	9	1		10	15	3		18	9	7		16	1	1		2	46
1974-75	9	1		10	11	6		17	8	9		17	2	1		3	47
1975-76	10	1		11	10	6		16	11	6	1	18	4			4	49
1976-77	12	1		13	9	8		17	12	5	1	18	4			4	52
1977-78	9	2		11	13	4		17	12	4	1	17	4			4	49
1978-79	9		2	11	13	3		16	9		2	11	4			4	42
1979-80	8		1	9	13	2	1	16	7		2	10	5			5	40
Total 1975-1980	48			55	58			82	51			74	21			21	178/232[4]
Nb. moyen par an	9.6			11	11.6			16.4	10.2			14.8	4.2			4.2	35.6/46.4[5]
Nb. max. de postes[6]				12				18				24				5	59

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Oto-rhino-laryngologie

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	3	2		5	5	8		13	3	5		8	2	1		3	**29**
1974-75	2	3		5	5	7		12	6	5		11	2	1		3	**31**
1975-76	4	2		6	4	6		10	8	4	1	13	1		1	2	**31**
1976-77	5			5	3	7		10	10	3		13	2		1	3	**31**
1977-78	7			7	1	4		5	7	2		9	2			2	**23**
1978-79	4			4	1	2	1	4	5	3		8	3			3	**19**
1979-80	2	1		2		3	1	4	4	1	1	6	1			1	**13**
Total 1975-1980	22			24	9			33	34			49	9			11	**74/117[4]**
Nb. moyen par an	4.4			4.8	1.8			6.6	6.8			9.8	1.8			2.2	**14.8/23.4[5]**
Nb. max. de postes[6]				8				16				16				4	**44**

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Pédiatrie

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	10	3		13	35	17		52	37	28		65	3	2		5	135
1974-75	5	5		10	33	22		55	33	27		60	3	4		7	132
1975-76	8	1		1	32	27		59	31	14	2	47	6	1	2	9	125
1976-77	6	1		7	35	24		59	19	13	2	34	2	1		3	103
1977-78	5			5	44	19		63	36	14	4	54	4	1	1	6	128
1978-79	5			5	71	17		58	30	9	5	44	7		1	8	115
1979-80	4			4	39	13		52	33	2	11	46	7	1	1	9	111
Total 1975-1980	28			31	191			291	149			225	26			35	394/582[4]
Nb. moyen par an	5.6			6.2	38.2			58.2	29.8			45	5.2			7	78.8/116.4[5]
Nb. max. de postes[6]				10				55				70				10	145

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Physiatrie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	1			1					3	2		5					6
1974-75	1			1					2	2		4					5
1975-76										2	1	3					3
1976-77										2		2					2
1977-78	1			1					2			2					3
1978-79									3			3					3
1979-80	1		1	2					3	1		4					6
Total 1975-1980	2			3					8			14					10/17[4]
Nb. moyen par an	0.4			0.6					1.6			2.8					2/3.4[5]
Nb. max. de postes[6]				4								8					12

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: Pneumologie

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	1			1	5	7		12	2	1		3					16
1974-75	3			3	7	11		18	1	3		4					25
1975-76	4			4	6	9		15	2	2		4		1		1	24
1976-77	4			4	5	8		13	4	3	1	8					25
1977-78	3			3	6	3		9	6	1		7					19
1978-79	2	1	2	5	14	4		18	6			6					29
1979-80	3		1	4	10	4		14	3			3					21
Total 1975-1980	16			20	41			69	21			28				1	78/118[4]
Nb. moyen par an	3.2			4	8.2			13.8	4.2			5.6				0.2	15.6/23.6[5]
Nb. max. de postes[6]				5				12				7				2	26

CE PROGRAMME EST RECONNU

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par le C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Psychiatrie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	18	3		21	51	46		97	33	8		41	7	1		8	167
1974-75	12			12	50	51		101	29	7		36	2			2	151
1975-76	9	2		11	45	38	1	84	28	3	1	32	1			3	130
1976-77	7	2		9	40	25		65	33	9		42	2			2	118
1977-78	7	2	1	10	32	20		52	32	9	1	42	4			4	108
1978-79	6	1	1	8	33	14		47	36	9	1	46	8	1		9	110
1979-80	9			9	38	10	1	49	39	8	1	48	6			6	112
Total 1975-1980	38			47	188			297	168			210	22			24	416/578[4]
Nb. moyen par an	7.6			9.4	37.6			59.4	33.6			42	4.4			4.8	83.2/115.6[5]
Nb. max. de postes[6]				24				90				60				9	183

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Radiologie diagnostique**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	8	1		9	25	23		48	31	6		37	4			4	**98**
1974-75	7			7	28	19		47	28	5		33	4			4	**91**
1975-76					29	15		44	34	1	1	36	2	1		3	**83**
1976-77	3			3	29	8		37	29	2	4	35	2			2	**77**
1977-78	4			4	21	5		26	17	3	1	21	4			4	**55**
1978-79		1		1	24	6	1	31	20	2	1	23	4	1		5	**60**
1979-80	3	1		4	21	5		26	15	3	1	19	4	1		5	**54**
Total 1975-1980	10			12	124			164	115			134	16			19	**265/329**[4]
Nb. moyen par an	2			2.4	24.8			32.8	23			26.8	3.2			3.8	**53/65.8**[5]
Nb. max. de postes[6]				8				40				50				6	**104**

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Radiothérapie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	**U-A.P.[2]**	**Acc.[3]**	**Total**	**Q-C**	**U-A.P.**	**Acc.**	**Total**	**Q-C**	**U-A.P.**	**Acc.**	**Total**	**Q-C**	**U-A.P.**	**Acc.**	**Total**	**TOTAL**
1973-74	1			1													1
1974-75					1	1		2	1			1					3
1975-76	1			1		2		2									3
1976-77	1			1	1	2		3									4
1977-78						2		2		1		1	CE PROGRAMME EST RECONNU				3
1978-79						2		2	1	1		2					4
1979-80						1		1	1			1					2
Total 1975-1980	2			2	1			10	2			4					5/16[4]
Nb. moyen par an	0.4			0.4	0.2			2	0.4			0.8				0	1/3.2[5]
Nb. max., de postes[6]				4				4				8				3	19

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Rhumatologie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74										1		1		2		2	3
1974-75						4		4		1		1	2	1		3	8
1975-76					4	3		7	1	2		3	1		1	2	12
1976-77					3	2		5	1	1		2	3		2	5	12
1977-78					1	5		6	2			2	1		1	2	10
1978-79					3	3		6	2	1		3	1		1	2	11
1979-80					5	2		7	1	2		3			1	1	11
Total 1975-1980					16			31	7			13	6			12	29/56[4]
Nb. moyen par an					3.2			6.2	1.4			2.6	1.2			2.4	5.8/11.2[5]
Nb. max. de postes[6]								7				4				6	17

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Santé communautaire**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74																	
1974-75																	
1975-76																	
1976-77																	
1977-78	5			5													5
1978-79	11			11	4			4	3			3					18
1979-80	13		2	17	6			6	2		1	4	3			3	30
Total 1975-1980	29			33	10			10	5			7	3			3	47/53[4]
Nb. moyen par an	10			11	5			5	2.5			3.5	3			3	23.5/26.5[5]
Nb. max. de postes[6]				24				9				4					37

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Programme: **Urologie**

	LAVAL				McGILL				MONTRÉAL				SHERBROOKE				
	Q-C[1]	U-A.P.[2]	Acc.[3]	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	Q-C	U-A.P.	Acc.	Total	TOTAL
1973-74	1			1	6	8		14	2	7		9	1	2		3	27
1974-75	1			1	4	8		12	3	6		9		2		2	24
1975-76	3			3	10	5		15	3	6		9		1	2	3	30
1976-77	3			3	10	3		13	3	3	1	7	1			1	24
1977-78	2			2	7	2		9	4			4	1			1	16
1978-79	1			1	7	2		9	4	3	1	8			1	1	19
1979-80	4			4	5	3	1	9	1	1	1	3	1		1	2	18
Total 1975-1980	13			13	39			55	15			31	3			8	70/107[4]
Nb. moyen par an	2.6			2.6	7.8			11	3			6.2	0.6			1.6	14/21.4[5]
Nb. max. de postes[6]				6				15				13				co/ McGill	34

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des États-Unis et des autres pays.

[3] résidents reçus dans le cadre des accords France-Québec, Espagne-Québec, Belgique-Québec, Liban-Québec.

[4] nombre des résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre total de résidents.

[5] nombre moyen de résidents diplômés (m.d.) du Québec et des autres provinces/nombre moyen total des résidents (5 ans).

[6] d'après la liste des agréments publiée par la C.P.M.Q., 1er juillet 1978.

Tableau

Achalandage des programmes de résidence de 1972-73 à 1979-80 (données publiées par la C.P.M.Q., correspondant à la répartition des internes et résidents au 31 décembre de chaque année).

Annexe IX

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (années 1975 à 1979)

Commentaires généraux à propos des résultats aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec

1. Les candidats sont généralement attribués aux programmes où ils ont effectué leur dernière année de formation de sorte que quelques candidats de McGill et de Montréal ont effectué une partie de leur formation à Laval et à Sherbrooke. Il n'y a pas moyen de contourner cette difficulté avec les données telles que recueillies actuellement. On doit toutefois reconnaître que ces candidats ont été acceptés dans le programme puis recommandés en vue de leur présentation aux examens de certification.

2. Un certain nombre de résidents ayant effectué la plus grande partie de leur résidence au Québec mais ayant effectué leur dernière année hors Québec n'apparaissent pas dans ces tableaux.

3. Il est difficile de savoir combien de candidats échouent définitivement après avoir épuisé toutes leurs possibilités de reprise. Il faudrait faire une enquête candidat par candidat. De toute façon, le meilleur indicateur de la valeur d'un programme est probablement le résultat des candidats lors de leur première présentation aux examens.

4. La qualité des examens de la Corporation professionnelle des médecins du Québec est souvent remise en cause par les facultés de médecine inquiètes du taux élevé d'échecs. On doit remarquer que, si les examens sont sous la responsabilité de la Corporation, les questions n'en sont pas moins élaborées par les professeurs des facultés de médecine qui sont en outre les membres des jurys des examens.

Programme: Allergie

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975					0/1			0/1							
1976				0/2	1/1			1/3							
1977															
1978				4/4				4/4							
1979				1/1				1/1							
Total 1975 à 1979				5/7	1/2			6/9							

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Anatomo-pathologie**

	LAVAL(*)				McGILL				MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				5/5			4/7	9/12	1/1	1/1	2/2				
1976				3/3			0/1	3/4	0/1	1/1	1/2		0/1	0/1	
1977	1/1		1/1	1/1		1/1	3/3	5/5	2/2		2/2				
1978		1/2	1/2				1/3	1/3							
1979	2/2	1/1	3/3	3/3	1/1		2/3	6/7	1/1		1/1				
Total 1975 à 1979	3/3	2/3	5/6	12/12	1/1	1/1	10/17	24/31	4/5	2/2	6/7		0/1	0/1	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Anesthésie-réanimation

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/4		3/4	1/1	1/1		5/14	7/16	6/7	1/6	7/13				
1976	2/3		2/3	1/1	1/1		4/8	6/10	2/2	0/5	2/7	0/1	0/1	0/2	
1977	3/4		3/4	1/1	1/1		3/7	5/9	5/8	0/3	5/11	0/1		0/1	
1978	5/5	0/1	5/6		1/1		2/4	3/5	4/5	0/2	4/7		0/1	0/1	
1979	5/5	1/1	6/6				4/4	4/4	4/5	2/4	6/9	0/1		0/1	
Total 1975 à 1979	18/21	1/2	19/23	3/3	4/4		18/37	25/44	21/27	3/20	24/47	0/3	0/2	0/5	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Biochimie médicale**

	LAVAL(*)			McGILL				MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1	0/1		0/1		0/2							
1976	1/1	1/1	2/2				1/1	1/1							
1977	1/1		1/1												
1978				1/1				1/1				1/1		1/1	
1979	1/1		1/1				1/1	1/1							
Total 1975 à 1979	4/4	1/1	5/5	1/2		0/1	2/2	3/5				1/1		1/1	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Cardiologie

	LAVAL(*)					McGILL			MONTRÉAL(*)				SHERBROOKE(*)			
	Q - C[1]	U-A.P.[2]	Total	Qué.[3]	Can.[4]	U.S.A.[5]	A.P.[6]	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/2	2/3	3/5	3/3		1/1	0/1	4/5	3/3	4/5	7/8				
1976	2/3		2/3	1/1	3/3			4/4	2/7	2/5	4/12				
1977	4/4		4/4				0/1	0/1	4/5	3/5	7/10				
1978	1/1	1/1	2/2	4/4	1/1		1/1	6/6	4/5	1/2	5/7				
1979	0/1		0/1	1/1	1/1			2/2	3/3	1/1	4/4	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	8/11	3/4	11/15	9/9	5/5	1/1	1/3	16/18	16/23	11/18	27/41	1/1		1/1	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				1/1	1/1	1/1		3/3	1/1	1/1	2/2				
1976					1/1			1/1		0/1	0/1				
1977				1/1				1/1	1/1	2/3	3/4				
1978					1/1			1/1		1/1	1/1				
1979				1/1				1/1	2/2	1/1	3/3				
Total 1975 à 1979				3/3	3/3	1/1		7/7	4/4	5/7	9/11				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Chirurgie générale

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/3	0/3	3/6	7/8	1/1		1/1	9/10	2/2	4/9	6/11	0/1	0/1	0/2	
1976	3/3	2/6	5/9	3/5	1/1		1/2	5/8	3/5	3/8	6/13	0/2	0/2	0/4	
1977	6/7	1/3	7/10	8/9			2/5	10/14	7/7	4/9	11/16	0/1	1/1	1/2	
1978	2/2	2/4	4/6	1/3	1/2	1/1	3/3	6/9	4/4	1/3	5/7		0/2	0/2	
1979	1/1	1/2	2/3	4/4	2/2	1/1	0/1	7/8	9/11	3/5	12/16	1/1	1/4	2/5	
Total 1975 à 1979	15/16	6/18	21/34	23/29	5/6	2/2	7/12	37/49	25/29	15/34	40/63	1/5	2/10	3/15	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février
(années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Chirurgie orthopédique**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/6		3/6	3/4	1/1	1/1	0/3	5/9	5/7	2/4	7/11				
1976	1/3		1/3	3/5			0/4	3/9	6/7	1/2	7/9				
1977	1/2		1/2	3/5	2/2		0/1	5/8	1/2	3/4	4/6		0/1	0/1	
1978	2/3		2/3	4/6			3/3	7/9	3/4	1/6	4/10		0/2	0/2	
1979	1/1		1/1	1/2	3/3			4/5	3/3	3/4	6/7		1/2	1/2	
1975 à 1979	8/15		8/15	14/22	6/6	1/1	3/11	24/40	18/23	10/20	28/43		1/5	1/5	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février
(années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Chirurgie plastique

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				1/1				1/1	2/3		2/3				
1976									3/3		3/3				
1977				1/1			0/1	1/2	3/3		3/3				
1978				1/1			1/1	2/2	4/4	1/1	5/5				
1979				1/1	1/1			2/2	1/1	1/1	2/2				
Total 1975 à 1979				4/4	1/1		1/2	6/7	13/14	2/2	15/16				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février
(années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Dermatologie**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/3		3/3	2/2	4/4			6/6	5/5	0/1	5/6				
1976	1/2		1/2		0/1		1/2	1/3	0/1	1/1	1/2				
1977	0/2		0/2	2/2	1/1		2/2	5/5	4/4		4/4				
1978	1/1		1/1	1/1	1/1		0/1	2/3	5/5		5/5				
1979	1/1		1/1		3/3			3/3	2/2		2/2				
Total 1975 à 1979	6/9		6/9	5/5	9/10		3/5	17/20	16/17	1/2	17/19				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Endocrinologie

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1		1/1		1/1	2/2	1/1	1/2	2/3				
1976	1/2		1/2	1/2				1/2	1/1	1/1	2/2	1/1		1/1	
1977	1/2		1/2	4/4				4/4	1/1		1/1				
1978	2/2		2/2	1/1			1/1	2/2		1/1	1/1				
1979					1/1			1/1		2/2	2/2				
Total 1975 à 1979	5/7		5/7	6/7	2/2		2/2	10/11	3/3	5/6	8/9	1/1		1/1	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Gastro-entérologie**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				1/1	1/1		1/1	3/3		1/2	1/2				
1976							0/1	0/1	0/1	0/1	0/2				
1977				2/2				2/2	5/6	1/3	6/9		0/1	0/1	
1978				2/2	1/1			3/3	4/4	3/3	7/7		0/1	0/1	
1979				2/3				2/3	2/2	1/1	3/3	1/1	2/2	3/3	
Total 1975 à 1979				7/8	2/2		1/2	10/12	11/13	6/10	17/23	1/1	2/4	3/5	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Hématologie

	LAVAL(*)				McGILL				MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975					0/1		0/1	0/2	1/1	1/3	2/4	1/1		1/1	
1976						1/1		1/1		1/2	1/2				
1977	1/2		1/2		1/1	1/1	1/1	3/3	3/3	0/1	3/4				
1978	2/3		2/3	2/2	1/1		1/1	4/4	2/2	0/1	2/3				
1979	2/2		2/2	1/1				1/1	1/1		1/1				
Total 1975 à 1979	5/7		5/7	3/3	2/3	2/2	2/3	9/11	7/7	2/7	9/14	1/1		1/1	

(1) diplômée (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômée (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômée (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômée (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômée (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômée (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Hygiène publique

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975															
1976										1/1	1/1				
1977															
1978															
1979															
Total 1975 à 1979										1/1	1/1				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Médecine interne** (formation complète)

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				5/6	2/2	1/1	1/1	9/10	1/2	0/2	1/4	1/1		1/1	
1976				4/5	3/3	0/2		7/10	0/3	2/3	2/6	2/2		2/2	
1977	0/1		0/1	5/6		2/2	1/2	8/10	2/4	0/1	2/5	1/1		1/1	
1978	3/3		3/3	6/8	3/3		0/2	9/13	5/5	1/2	6/7	2/2		2/2	
1979	3/3		3/3	9/10	7/7	4/4	3/4	23/25	7/7	0/1	7/8	1/2	1/1	2/3	
Total 1975 à 1979	6/7		6/7	29/35	15/15	7/9	5/9	56/68	15/21	3/9	18/30	7/8	1/1	8/9	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)

Programme: **Médecine interne** (formation partielle)

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	5/7		5/7	6/8	3/4		0/3	9/15	7/9	2/9	9/18	4/5	2/2	6/7	
1976	4/4	0/1	4/5	11/11	1/1	3/3	2/3	17/18	5/9	3/4	8/13	4/4	0/1	4/5	
1977	3/5		3/5	11/12	3/3	0/1	0/3	14/19	9/14	0/2	9/16	2/3	1/1	3/4	
1978	4/6		4/6	10/11	2/2	1/1	2/3	15/17	13/13	2/3	15/16	4/5		4/5	
1979	4/6		4/6	12/12	6/6		2/2	20/20	9/10	1/1	10/11	2/3		2/3	
Total 1975 à 1979	20/28	0/1	20/29	50/54	15/16	4/5	6/14	75/89	43/55	8/19	51/74	16/20	3/4	19/24	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février
(années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Médecine nucléaire**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975															
1976							1/1	1/1				1/1		1/1	
1977															
1978									1/1		1/1				
1979												1/1		1/1	
Total 1975 à 1979							1/1	1/1	1/1		1/1	2/2		2/2	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Microbiologie médicale**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1				1/2	1/2	3/4		3/4				
1976									3/3		3/3				
1977	0/1		0/1												
1978	1/1		1/1				1/1	1/1	4/4		4/4				
1979	1/1	0/1	1/2	1/1			1/1	2/2	2/2		2/2				
Total 1975 à 1979	3/4	0/1	3/5	1/1			3/4	4/5	12/13		12/13				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Néphrologie

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				2/2				2/2	2/2	0/1	2/3	2/2		2/2	
1976				1/1		1/1	2/2	4/4	3/3	1/1	4/4				
1977					1/1		1/1	2/2		1/1	1/1				
1978				1/1	1/1		4/4	6/6		1/1	1/1	2/2		2/2	
1979				1/1		1/1	1/1	3/3	1/1		1/1	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979				5/5	2/2	2/2	8/8	17/17	6/6	3/4	9/10	5/5		5/5	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Neuro-chirurgie**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C[1]	U-A.P.[2]	Total	Qué.[3]	Can.[4]	U.S.A.[5]	A.P.[6]	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975					0/1			0/1				1/1		1/1	
1976						0/1	0/1	0/2							
1977				1/1			0/1	1/2							
1978					1/1		0/1	1/2					1/1	1/1	
1979				1/1			1/2	2/3							
Total 1975 à 1979				2/2	1/2	0/1	1/5	4/10				1/1	1/1	2/2	

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

[3] diplômés (m.d.) de la province de Québec.

[4] diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

[5] diplômés (m.d.) des États-Unis.

[6] diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février
(années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Neurologie

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				4/4	1/1			5/5	1/2	0/1	1/3				
1976				4/4				4/4	1/2	0/1	1/3	1/1		1/1	
1977				3/3	1/1		2/2	6/6	1/2		1/2				
1978				1/1	1/1			2/2	1/1		1/1		1/1	1/1	
1979				1/1	2/3	2/2	2/2	7/8	1/1		1/1				
Total 1975 à 1979				13/13	5/6	2/2	4/4	24/25	5/8	0/2	5/10	1/1	1/1	2/2	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, *après* la reprise de février
(années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Obstétrique & gynécologie**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	3/5	1/2	4/7	7/8	1/2		1/7	9/17	3/7	1/5	4/12				
1976	3/4		3/4	3/3	1/3		0/6	4/12	2/4	1/4	3/8				
1977	5/9	0/2	5/11	2/2	1/4		2/8	5/14	3/4	0/3	3/7				
1978	5/6	1/1	6/7	7/7	5/6	1/1	4/9	17/23	4/4	0/2	4/6				
1979	2/4	1/2	3/6	9/10	1/1		4/5	14/16	7/8	3/4	10/12	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	18/28	3/7	21/35	28/30	9/16	1/1	11/35	49/82	19/27	5/18	24/45	1/1		1/1	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février
(années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Ophtalmologie**

	LAVAL(*)			McGILL				MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	0/2		0/2	3/3	1/1	1/2	0/1	5/7	1/5	2/3	3/8				
1976	1/4		1/4	1/1	2/3	1/1	0/2	4/7	3/4	0/2	3/6				
1977	2/3		2/3	2/2	1/1	1/1	1/1	5/5	2/3	0/1	2/4				
1978	4/5	1/1	5/6	2/3				2/3	6/7	2/3	8/10				
1979	2/4		2/4	1/1	2/2	1/1		4/4	5/8	0/1	5/9				
Total 1975 à 1979	9/18	1/1	10/19	9/10	6/7	4/5	1/4	20/26	17/27	4/10	21/37				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Oto-rhino-laryngologie**

	LAVAL[*]			McGILL					MONTRÉAL[*]			SHERBROOKE[*]			
	Q - C[1]	U-A.P.[2]	Total	Qué.[3]	Can.[4]	U.S.A.[5]	A.P.[6]	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1		0/1		1/3	1/4	2/2	2/3	4/5	0/1		0/1	
1976	1/1	0/1	1/2	0/1	1/2		1/2	2/5		2/2	2/2	1/1		1/1	
1977		1/1	1/1	2/2	1/1		1/1	4/4	5/5		5/5	1/1		1/1	
1978	2/3		2/3				1/1	1/1	2/2		2/2				
1979	3/3	1/1	4/4	0/1			1/1	1/2	3/4		3/4	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	7/8	2/3	9/11	2/4	2/4		5/8	9/16	12/13	4/5	16/18	3/4		3/4	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, *après la reprise de février*
(années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Pédiatrie (formation complète)

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C[1]	U-A.P.[2]	Total	Qué.[3]	Can.[4]	U.S.A.[5]	A.P.[6]	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975				3/5	1/1		2/3	6/9	7/10	2/9	9/19		0/2	0/2	
1976	0/1		0/1	2/6	1/1	1/1	3/5	7/13	12/14	3/6	15/20		0/2	0/2	
1977	0/1		0/1	6/6	2/2		5/7	13/15	3/5	5/6	8/11		0/2	0/2	
1978				2/3	1/1	2/2	3/3	8/9	10/13	1/1	11/14				
1979				4/5	2/2	1/1	1/2	8/10	6/8	0/1	6/9				
Total 1975 à 1979	0/2		0/2	17/25	7/7	4/4	14/20	42/56	38/50	11/23	49/73		0/6	0/6	

[1] diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

[2] diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

[3] diplômés (m.d.) de la province de Québec.

[4] diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

[5] diplômés (m.d.) des États-Unis.

[6] diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Pédiatrie** (formation partielle)

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	0/1		0/1	2/2		1/1	1/1	4/4	4/6	1/2	5/8				
1976				4/4		2/2		6/6	3/4	2/4	5/8	1/1		1/1	
1977				1/2	1/1		0/2	2/5	4/4		4/4	1/1		1/1	
1978				2/4	2/2		0/1	4/7	3/5		3/5				
1979				4/4				4/4	5/6	1/1	6/7	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	0/1		0/1	13/16	3/3	3/3	1/4	20/26	19/25	4/7	23/32	3/3		3/3	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Physiatrie

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975															
1976										1/1	1/1				
1977															
1978															
1979	1/1		1/1						2/2		2/2				
Total 1975 à 1979	1/1		1/1						2/2	1/1	3/3				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Pneumologie

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1	3/3	1/1	0/1		4/5		1/1	1/1				
1976	1/2		1/2		1/1		1/1	2/2	1/1		1/1				
1977				1/1			1/1	2/2	1/1	2/2	3/3				
1978		0/1	0/1	3/3	1/1		3/3	7/7	2/2		2/2				
1979	1/2		1/2	1/1		1/1	1/1	3/3	3/4		3/4				
Total 1975 à 1979	3/5	0/1	3/6	8/8	3/3	1/2	6/6	18/19	7/8	3/3	10/11				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: Psychiatrie

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	0/1	1/1	1/2	8/9	7/8	1/1	6/8	22/26	10/11	0/1	10/12				
1976	1/2		1/2	6/7	1/2	2/2	8/9	17/20	4/7	0/3	4/10				
1977	2/3		2/3	9/11	0/1		3/5	12/17	11/14	1/1	12/15				
1978	0/1	0/2	0/3	8/8	0/1	2/2	5/9	15/20	4/8		4/8				
1979	1/1	1/1	2/2	10/11	1/2	2/2	2/2	15/17	9/10	1/1	10/11				
Total 1975 à 1979	4/8	2/4	6/12	41/46	9/14	7/7	24/33	81/100	38/50	2/6	40/56				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)(**)

Programme: **Radiologie diagnostique**

	LAVAL(*)			McGILL				MONTRÉAL(*)				SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975		0/1	0/1	3/3	2/2		2/3	7/8	7/11	1/3	8/14				
1976		0/1	0/1	8/9			4/6	12/15	9/16	1/1	10/17				
1977				5/5	1/1		1/3	7/9	14/18		14/18	1/1		1/1	
1978				3/3	1/2		1/3	5/8	5/9	1/1	6/10				
1979	1/1		1/1	6/6			4/5	10/11	6/6		6/6	1/1		1/1	
Total 1975 à 1979	1/1	0/2	1/3	25/26	4/5		12/20	41/51	41/60	3/5	44/65	2/2		2/2	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76%.pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Programme: **Radiothérapie**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C.	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975															
1976															
1977															
1978							1/1	1/1							
1979															
Total 1975 à 1979							1/1	1/1							

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)

Programme: **Rhumatologie**

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975							0/1	0/1							
1976						0/1	0/1	0/2		1/1	1/1				
1977				2/2				2/2				2/2		2/2	
1978															
1979				1/1			1/1	2/2				1/2		1/2	
Total 1975 à 1979				3/3		0/1	1/3	4/7		1/1	1/1	3/4		3/4	

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.
(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.
(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.
(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.
(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.
(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février (années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.) **

Programme: Urologie

	LAVAL(*)			McGILL					MONTRÉAL(*)			SHERBROOKE(*)			
	Q - C(1)	U-A.P.(2)	Total	Qué.(3)	Can.(4)	U.S.A.(5)	A.P.(6)	Total	Q - C	U-A.P.	Total	Q - C	U-A.P.	Total	TOTAL
1975	1/1		1/1	1/1	1/1	2/2	0/1	4/5							
1976							1/2	1/2		2/3	2/3				
1977	2/2		2/2	1/1				1/1	2/2	1/3	3/5				
1978	0/1		0/1	1/1	1/2			2/3	2/2	1/1	3/3				
1979		0/1	0/1	1/1	0/2			1/3	2/2	0/1	2/3				
Total 1975 à 1979	3/4	0/1	3/5	4/4	2/5	2/2	1/3	9/14	6/6	4/8	10/14				

(1) diplômés (m.d.) de la province de Québec et des autres provinces canadiennes.

(2) diplômés (m.d.) des U.S.A. et des autres pays.

(3) diplômés (m.d.) de la province de Québec.

(4) diplômés (m.d.) des autres provinces canadiennes.

(5) diplômés (m.d.) des États-Unis.

(6) diplômés (m.d.) des autres pays.

(*) Pour simplifier le tableau, dans les trois facultés francophones, on a associé les diplômés des autres provinces aux diplômés du Québec (1.1% des effectifs) et les diplômés des États-Unis aux diplômés des autres pays (2% des effectifs).

(**) Les candidats diplômés (m.d.) du Québec admissibles aux examens de certification recommandés par un programme hors Québec n'apparaissent pas dans ce tableau. Ils représentent 17.3% des candidats (242/1395) avec un taux de succès de 76% pour les années 1975 à 1979. Ces candidats ont généralement acquis une partie de leur formation au Québec.

Tableau

Succès aux examens de certification de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, après la reprise de février
(années 1975 à 1979, données provenant de la C.P.M.Q.)**

Annexe X

Évaluation du rapport entre le nombre de postes agréés et le nombre d'hôpitaux agréés, puis entre le nombre de résidents, en moyenne par an, et le nombre d'hôpitaux agréés, par spécialité et par faculté

Annexe X

Évaluation du rapport entre le nombre de postes agréés et le nombre d'hôpitaux agréés (P/H) puis entre le nombre de résidents en moyenne par an[1] et le nombre d'hôpitaux agréés (R/H) par spécialité et par faculté (listes des agréments de la C.P.M.Q., 1978-1979).

	LAVAL		McGILL		MONTRÉAL		SHERBROOKE	
Programmes	**P/H**	**R/H**	**P/H**	**R/H**	**P/H**	**R/H**	**P/H**	**R/H**
Allergie	—	—	8/3	9/3	3/3	0/3	—	—
Anatomo-pathologie	15/6	7.4/6	40/9	32.2/9	30/7	12.2/7	6/1	2.6/1
Anesthésie-réanimation	27/6	15/6	46/10	29.4/10	30/8	18.6/8	12/1	3.8/1
Biochimie médicale	5/5	3/5	4/3	0.8/3	—	—	3/1	0.8/1
Cardiologie	11/5	7.4/5	14/4	12/4	31/7	22.6/7	5/1	1.6/1
Chirurgie C.V.T.	—	—	4/4	3.2/4	10/6	7/6	—	—
Chirurgie générale	46/6	32.8/6	105/10	82.6/10	100/6	60/6	24/4	13/4
Chirurgie orthopédique	14/6	6.6/6	30/8	23.6/8	26/7	15.8/7	6/1	2.4/1
Chirurgie plastique	—	—	6/3	6.4/3	9/6	7.6/6	—	—
Dermatologie	6/2	3.2/2	16/4	14.4/4	12/5	9.4/5	—	—
Endocrinologie	4/2	2/2	11/3	6.8/3	10/6	5.6/6	2/1	0.2/1
Gastro-entérologie	—	—	10/4	9.6/4	15/5	10.6/5	2/1	1.4/1
Hématologie	4/3	2.2/3	14/4	9.4/4	10/6	4.6/6	2/1	0.6/1
Médecine familiale	42/3	43/3	60/4	54/4	72/7	31.6/7	50/8	33/8
Médecine interne	55/6	42.6/6	149/7	143.8/7	120/5	82.6/5	30/3	21.8/3
Médecine nucléaire	—	—	6/3	2.4/3	6/5	2/5	5/1	0.4/1
Microbiologie médicale	4/4	2.4/4	6/5	3.4/5	12/5	8.4/5	3/1	0/1
Néphrologie	3/1	0.4/1	11/3	9.2/3	12/5	5/5	3/1	1.8/1
Neurochirurgie	4/2	2.4/2	12/3	11.6/3	6/5	3.2/5	2/1	1.4/1
Neurologie	4/2	0.8/2	22/4	20.4/4	14/6	5.2/6	4/1	2.4/1
Obstétrique gynécologie	24/6	15.8/6	40/7	38.2/7	40/5	20.4/5	6/2	3.8/2
Ophtalmologie	12/4	11/4	18/4	16.4/4	24/5	14.8/5	5/1	4.2/1
Oto-rhino-laryngologie	8/5	4.8/5	16/4	6.6/4	16/4	9.8/4	4/1	2.2/1
Pédiatrie	10/4	6.2/4	55/4	58.2/4	70/3	45/3	10/1	7/1
Physiatrie	4/6	0.6/4	—	—	8/4	2.8/4	—	—
Pneumologie	5/1	4/1	12/6	13.8/6	7/6	5.6/6	2/1	0.2/1
Psychiatrie	24/9	9.4/9	90/10	59.4/10	60/8	42/8	9/1	4.8/1
Radiologie diagnostique	8/6	2.4/6	40/5	32.8/5	50/7	26.8/7	6/1	3.8/1
Radiothérapie	4/1	0.4/1	4/2	2/2	8/3	0.8/3	3/1	0/1
Rhumatologie	—	—	7/2	6.2/2	4/4	2.6/4	6/1	2.2/1
Santé communautaire	24/5	11/5	9/4	5/4	4/4	3.5/4	—	—
Urologie	6/3	2.6/3	15/7	11/7	13/5	6.2/5		c/o McGill
Rapport 1	**3**	**10**	**1**	**6**	**3**	**12**	**0**	**7**
Rapport 1.01 à 2	**7**	**9**	**6**	**2**	**8**	**6**	**5**	**5**
Rapport 2.02 à 3	**8**	**3**	**4**	**9**	**7**	**5**	**5**	**5**
Rapport sup. à 3	**8**	**4**	**20**	**14**	**13**	**8**	**15**	**8**

[1] Achalandage des programmes de résidence (Annexe VIII).

Avis n° 81.7

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur le rapport du Comité d'étude sur la recherche nordique

Avis n° 81.7
Dépôt légal — 1er trimestre
ISSN - 0709-3985
Québec, le 19 mars 1982

Introduction

Le Conseil des universités a l'honneur d'adresser au ministre de l'Éducation le rapport du Comité d'étude sur la recherche nordique ainsi qu'un court avis sur le document susmentionné.

Mis sur pied par la Commission de la recherche universitaire en septembre 1980, ce comité d'étude a été actif durant dix mois. Son rapport de travail a été largement diffusé dans tous les milieux intéressés, à l'automne 1981, ceux-ci étant invités, s'ils le jugeaient à propos, à transmettre leurs réactions à la Commission.

Cette consultation ayant pris fin au début de janvier, le Conseil a procédé à l'étude du rapport du comité et élaboré le présent avis lors de sa 134e séance régulière, tenue en mars 1982.

1. Commentaires généraux sur le rapport

Cet avis sera assez bref. D'une part, le Conseil souscrit volontiers à presque toutes les orientations du rapport du comité d'étude. Les résultats de la consultation tenue à l'automne dernier permettent de croire que les milieux intéressés partagent grosso modo les mêmes vues. D'autre part, le rapport du comité se prêtant à une lecture facile — avec ses nombreux tableaux synthèses, ses résumés, ses annexes — il n'apparaît pas utile d'en produire un long compte rendu. On se bornera donc ici à faire état des points essentiels.

Le Conseil croit en premier lieu que le comité d'étude s'est bien acquitté du mandat qui lui avait été assigné,[1] lequel concernait la définition des besoins, de la spécificité, des modalités de coordination de la recherche nordique au Québec. Les recommandations auxquelles il en arrive au terme de son travail sont raisonnables et intéressantes; elles s'appuient sur des analyses bien étayées.

Les réactions des milieux intéressés au rapport du comité ont été aussi positives que laconiques. En leur adressant le document en septembre dernier, la Commission de la recherche universitaire les avait invités à réagir s'ils le jugeaient à propos. Fort peu l'ont fait. Cela reflète probablement un accord tacite d'une bonne partie des répondants avec le contenu du rapport. Il est important de noter que ces répondants — provenant non seulement des universités mais des gouvernements, des entreprises, des groupes autochtones — purent être associés de très près, dès le départ, à la réflexion poursuivie par le comité, en participant en grand nombre à cinq ateliers de discussion, en adressant au comité une vingtaine de mémoires écrits.[2] Les contributions externes ont dont été riches en qualité et en diversité; le rapport final en tire judicieusement parti. Le comité dit, en introduction, avoir voulu faire une oeuvre d'animation et de concertation; son mandat l'orientait vers cela, mais aussi sa composition[3] bien dosée en terme de représentativité et d'expérience des réalités analysées. Tout cela a concouru à la production d'une oeuvre valable.

Le Conseil à cet égard se réjouit de voir quelques uns des intervenants assumant le leadership en recherche sur le Nord — c.f. l'Université McGill et l'École Polytechnique — ou impliqués de près dans les services en milieu nordique — c.f. les ministères de l'Environnement, du Loisir, Chasse et Pêche, le ministère fédéral des Affaires indiennes et du Nord — être venus lui confirmer leur «appui global» ou souligner, sans réserve, le sérieux du travail accompli par le comité. Il aurait apprécié par ailleurs recevoir les commentaires d'autres agents, et particulièrement de ceux dont l'action est soumise aux plus lourdes critiques du comité — v.g. certains centres de recherche universitaire, le réseau Info-Nord-Québec, etc. Serait-ce que les agents concernés considèrent les remarques qui leur sont adressées dans le rapport comme tout à fait fondées, ou alors, au contraire, comme non avenues?

---

[1] Ce mandat est décrit à l'Annexe 1 du rapport.

[2] Voir les Annexes 3, 4, 5 et 6 du rapport du comité d'étude, où se trouvent réunies les informations pertinentes.

[3] Voir Annexe 2.

2. Le devenir de la recherche nordique au Québec

L'étude du comité repose sur un plan simple et logique. Après avoir identifié les critères pertinents à une définition du Nord et de la recherche nordique,[1] décrit les pratiques de recherche des agents dans les quatre grands secteurs d'exécution — entreprises, universités, ministères, communautés autochtones[2] — puis dressé un tableau des problèmes observables dans les pratiques, en se référant le cas échéant aux agents eux-mêmes,[3] le comité, dans les dernières sections du document, esquisse des voies de solution pour le court, le moyen et le long termes.

Ces solutions, mises en forme en une vingtaine de recommandations, sont regroupées sous cinq rubriques: i- la définition des besoins de recherche nordique; ii- le rôle des intervenants des divers secteurs dans ce champ de recherche; iii- les modalités générales de concertation des agents; iv- les principaux éléments d'une stratégie de développement; v- les mesures particulières à encourager dans l'un ou l'autre des quatre secteurs d'exécution de la recherche.

Le Conseil endosse sans réserve la presque totalité des recommandations formulées par le comité d'étude. Il n'a d'interrogations qu'à propos d'une seule, soit celle concernant les modalités de concertation — recommandation 6 —.[4] Toutes les autres lui paraissent raisonnables et pertinentes comme telles, soit parce qu'elles privilégient des principes directeurs, des normes qui vont dans le prolongement des politiques générales bien établies pour l'enseignement supérieur et pour la recherche scientifique au Québec, soit parce qu'elles proposent des mesures bien harmonisées avec les besoins particuliers du champ de recherche concerné, et justifiées par des données solides.

C'est donc à propos de la recommandation 6 — relative à la mise sur pied d'un organisme de coordination de la recherche nordique — proposition qu'il faut voir un peu comme la clef de voute du rapport, que le Conseil désire formuler quelques commentaires.

Le comité, aux pages 87, 88 et 89 du document, justifie la création de ce nouvel organisme, étant donné l'acuité des problèmes d'orientation et d'organisation de la recherche relevés dans le champ concerné — problèmes de transfert des connaissances entre secteurs d'exécution, ou d'accès aux ressources localisées à l'intérieur de l'un ou de l'autre secteur, qui se soldent, ici ou là, par des lacunes au plan de la complémentarité, de la qualité, de la productivité des efforts; mais étant donné aussi l'importance intrinsèque du thème de recherche concerné, vu l'ampleur des développements en train de prendre corps dans le Nord québécois, le volume élevé des ressources d'ores et déjà dévolues à la recherche nordique, le manque d'outils adéquats de gestion de ces ressources. Le Conseil souscrit à l'argumentation du comité, surtout que celui-ci, au préalable, l'a étayée avec une masse importante de données. Nos interrogations concernent tout autre chose.

Le comité d'étude dit bien «n'avoir pas en main les arguments lui permettant de recommander pour le moment la création de structures permanentes d'encadrement de la recherche nordique»;[5] il préconise donc «une structure légère d'orientation et de coordination»[6] qui «ne se substituera pas aux circuits réguliers de soutien à la recherche existant déjà».[7]

Si le nouvel organisme est appelé à exercer un rôle souple, incitatif, et à agir comme une table de concertation plutôt que comme une structure centralisée, alors cela devrait être mieux marqué dans la définition de son mandat. Le Conseil ne croit pas que l'organisme, tel que suggéré, devrait être nanti d'office d'un budget régulier puisé à même les fonds de l'État. Certes il faut qu'il bénéficie, durant sa *période de démarrage*, d'un support approprié. Mais passé cette période, il devrait essentiellement être financé à même les contributions de ses participants eux-mêmes — universités, entreprises, gouvernements, groupes autochtones. Ce serait là une façon de vérifier la capacité des agents de concerter leurs efforts, sous l'égide d'un mécanisme léger. Il faut dire que l'ajout de fonds publics — «d'argent neuf» — au champ concerné s'impose d'autant moins que le volume de crédits y étant déjà injecté est assez élevé.

Le Conseil propose pour les mêmes raisons — c.f. décentralisation, pragmatisme des actions — que le dit organisme, au lieu de se voir confier d'office l'administration d'un fonds de soutien à la recherche

(1) Au chapitre 3 du rapport.

(2) Voir le chapitre 4.

(3) Voir le chapitre 5.

(4) Celle-ci est annexée au présent avis.

(5) Page 88.

(6) Page 89.

(7) Page 102.

nordique, examine plutôt, une fois mis sur pied, les besoins qui peuvent se présenter au chapitre des projets de recherche prioritaires et convienne lui-même du mode de soutien de tels projets, le cas échéant.

En conséquence, le Conseil croit que le paragraphe b) iv- de la recommandation devrait être modifié, pour se lire ainsi:

> *«d'examiner les besoins de soutien à la recherche et aux services de logistique susceptibles de se présenter, et de convenir, s'il le juge à propos, d'un mode d'encouragement à de tels projets».*

Le paragraphe e) quant à lui devrait être reformulé ainsi:

> *«qu'il bénéficie du support de l'État durant sa période de démarrage; que, cette étape traversée, il soit financé à même les contributions de ses participants».*

Par ailleurs, toujours dans la même optique, il faudrait laisser aux agents eux-mêmes, en temps opportun, le soin de décider de l'endroit de rattachement de la nouvelle table de concertation. Le rapport propose que l'organisme soit placé possiblement sous la tutelle du ministre d'État au Développement scientifique.[1] Le Conseil croit que ce dernier devrait se borner pour l'instant à convoquer une première assemblée des agents intéressés et à leur fournir le support technique nécessaire. Par la suite, ces derniers auront entière latitude de choisir la solution administrative la mieux appropriée.

3. Actions à poser à la suite du rapport

Le comité d'étude fait un ensemble de propositions judicieuses relativement aux actions à poser, à court et à moyen termes, pour affermir la coordination et le développement du champ de recherche considéré.

La première de ces actions intéresse spécifiquement le ministre d'État au Développement scientifique: la convocation d'une assemblée en vue de la mise sur pied de la table de concertation.

Par ailleurs, le comité d'étude recommande que l'on assigne au nouvel organisme un certain nombre de tâches prioritaires — quant à la coordination des services logistiques, au soutien à la communication scientifique, aux collaborateurs intersectorielles[2] — qui paraissent fort à propos, et pourront aider celui-ci à roder son fonctionnement.

Enfin, la dernière catégorie de propositions formulées par le comité d'étude concerne spécifiquement l'un ou l'autre des quatre secteurs d'exécution de la recherche[3] — universités, entreprises, gouvernements, groupes autochtones. Les recommandations adressées aux universités portent sur la gestion des unités de recherche et leur ouverture sur l'extérieur, les collaborations et la coordination interuniversitaires, la formation de chercheurs, la contribution propre de la recherche universitaire, par rapport à celle susceptible de venir de la recherche exécutée dans les autres secteurs. Quelques unes de ces recommandations peuvent paraître gratuites. Il suffit pourtant de relire les sections pertinentes du rapport pour en mesurer tout l'à-propos. Certaines universités devraient-elles à court terme n'accomplir que quelques pas dans les directions proposées par le comité d'étude — par exemple, pour la gestion des centres, l'évaluation des chercheurs — qu'il en résulterait bien des progrès.

Le Conseil souhaite que l'organisme de coordination intersectoriel éventuellement mis sur pied, et les agents responsables de l'évaluation des demandes de soutien des chercheurs universitaires — au premier chef, le Fonds FCAC lui-même — exercent les incitations qui amèneront les universités à agir dans le sens proposé par le comité d'étude.

Recommandation

(Le Conseil des universités convient de trans-
(mettre au ministre de l'Éducation le rapport du
(Comité d'étude sur la recherche nordique, et
(lui recommande de prendre les mesures per-
(mettant la mise en oeuvre des recommanda-
(tions du comité en tenant compte des com-
(mentaires formulés dans le présent avis.

(1) Page 89.

(2) Recommandations 7, 8, 9, 10.

(3) Recommandations 12 à 21.

Annexe I

Extrait du rapport du Comité d'étude sur la recherche nordique

«Quant à la nécessité d'un développement concerté de la recherche nordique au Québec (chapitre 7, pages 91 et 92)

Le comité recommande

Recommandation 6

a) Que soit créé un organisme d'orientation et de coordination de la recherche nordique au Québec;

b) Que cet organisme ait pour mandat, dans le prolongement du travail accompli par le présent comité:

i- de proposer des orientations de développement en matière de recherche nordique au Québec;

ii- de suivre et de revoir périodiquement l'état particulier des besoins et des ressources dans les différents secteurs d'exécution de la recherche, et dans les principales spécialités scientifiques associées au domaine nordique;

iii- d'examiner en priorité le dossier des services logistiques à la recherche exécutée dans le Nord et de proposer un plan de développement coordonné pour de tels types de service;

iv- d'administrer un fonds de soutien à la recherche et aux services de logistique nordique, pour le financement d'un certain nombre d'activités prioritaires, notamment dans le secteur universitaire;

c) Que cet organisme soit composé de douze personnes provenant, à part égale, des universités, des entreprises, des ministères, des communautés autochtones;

d) Qu'il soit mis sur pied au départ, pour une période de cinq ans; qu'après cette date son fonctionnement soit évalué;

e) Que son budget annuel d'opération soit de un demi-million la première année et atteigne un million à la troisième année.

Avis n° 81.8

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur le plan de développement de la biotechnologie soumis par l'Institut Armand-Frappier au titre du programme «d'actions structurantes» du MEQ

Avis n° 81.8
Dépôt légal — 1er trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 19 mars 1982

Introduction

Dans une lettre en date du 8 décembre 1981, le ministre de l'Éducation requérait l'avis du Conseil des universités sur un programme de développement de la biotechnologie que venait de lui soumettre l'Institut Armand-Frappier de l'Université du Québec.

En avril 1981, le ministre avait décidé d'attribuer une subvention de 430 000 $ à l'Institut, pour le développement du domaine de recherche susmentionné. Les crédits, alloués au titre du nouveau programme «d'actions structurantes» du MEQ, furent toutefois versés à l'établissement sous la forme d'une «enveloppe protégée» — l'Institut ne pouvant les utiliser qu'après avoir répondu à un certain nombre de conditions posées par le MEQ.

C'est sur le respect de ces diverses conditions, déjà énumérées dans une lettre du ministre au président de l'Université du Québec en date du 10 avril 1981, que porte la présente demande d'avis. Le Conseil est prié de dire au ministre en quoi le programme de développement élaboré par l'Institut Armand-Frappier les rencontre ou non. Il est également invité, par la même occasion, à exprimer «ses commentaires et suggestions pour la mise en oeuvre définitive du programme du ministère portant sur les actions structurantes» — programme au titre duquel cette première subvention est allouée.

Contenu du présent avis

Dans les quelques pages qui suivent, le Conseil veut s'en tenir surtout au premier volet de la demande d'avis du ministre — laquelle concerne le développement de la biotechnologie à l'IAF. Ses commentaires sur le nouveau programme «d'actions structurantes» du MEQ seront beaucoup plus succincts, la question considérée méritant de faire l'objet d'une analyse plus poussée dans des circonstances mieux appropriées.

Le ministre souligne, dans sa demande d'avis, que «même si les modalités de mise en oeuvre du programme d'actions structurantes n'ont pas encore été arrêtées définitivement», l'attribution d'une première subvention à l'Institut Armand-Frappier à ce moment-ci se justifie par le fait «qu'il ne faut pas tarder à accroître le potentiel de recherche scientifique dans des domaines particulièrement importants pour le développement du Québec».

Le Conseil ne met pas en cause l'à-propos d'une telle décision, encore que celle-ci lui crée un certain malaise étant donné que les crédits en question ont été alloués au titre d'un programme dont les objectifs et les normes sont encore à définir. Certes le ministère de l'Éducation a vu au moins à cerner quelques paramètres applicables au nouveau programme, en définissant une dizaine de conditions auxquelles devrait répondre l'IAF avant de toucher la subvention promise. Mais on conviendra que ce type de définition ad hoc reste en soi extrêmement fragile, et demandera éventuellement à être remplacé par un modèle plus rigoureux.

Les interrogations du Conseil portent aussi sur autres choses. D'abord sur la place qu'est appelé à occuper le nouveau programme dans la politique générale du ministère relative au développement de la recherche universitaire. Ensuite sur la spécificité des orientations de ce nouveau programme, compte tenu de ceux existant déjà pour le soutien de la recherche.

Le Livre blanc de 1980 sur la politique québécoise de la recherche[1] renfermait des éléments de définition assez précis «d'un programme spécifique de développement de la recherche universitaire», lequel serait institué — prévoyait-on — à partir de certains volets du programme FCAC, notamment celui des centres de recherche.

Il conviendrait donc au moins de savoir si l'intention arrêtée en 1980 par le ministre tient toujours. Dans le cas contraire, le Conseil ne peut manquer de se questionner sur la pertinence d'un programme qui, par ses objectifs et ses modalités, pourrait faire double emploi avec FCAC-Centres de recherche.

---

[1] *Un projet collectif*, pp. 79 et 80.

Le programme projeté, d'autre part, est appelé à revêtir une grande importance par ses objectifs de planification, et vu l'ordre de grandeur des ressources qui lui seront présumément consacrées. En cela, son devenir paraît devoir être intimement relié aux politiques du ministère touchant le régime de coordination, de financement annuel, d'évaluation des programmes d'études avancées et de recherche au sein du réseau. Dans la foulée de la consultation récente tenue par le ministre sur les travaux de la CEU, d'importantes décisions devraient être bientôt amorcées ou confirmées aux chapitres susmentionnés. Le Conseil préfère surseoir à son avis sur le programme d'actions structurantes d'ici à ce que les intentions du MEQ, sur ce qui constitue les bases d'une politique de développement de la recherche et des études avancées — i.e. les mécanismes réguliers d'évaluation et de financement — soient un peu mieux explicitées et connues.

D'autre part, pour évaluer la qualité et l'opportunité du programme soumis par l'IAF dans le domaine des biotechnologies, le Conseil a sollicité les avis de trois experts, rattachés respectivement aux milieux universitaire, industriel, gouvernemental, et bien au fait des caractéristiques d'évolution présentes du champ mentionné pour y avoir oeuvré comme scientifiques ou comme gestionnaires de programmes. Le Conseil s'est aussi appuyé sur un important document de référence — le *Programme d'interventions pour le développement des biotechnologies au Québec*, [1] dont une deuxième version, élaborée sous la responsabilité du Secrétariat au Développement scientifique, fait présentement l'objet d'une large consultation au sein des ministères et des milieux scientifiques québécois.

Le présent avis a été adopté lors de la 134e séance du Conseil tenue les 18 et 19 mars 1982.

1. Caractéristiques générales du programme soumis par l'Institut Armand-Frappier

Pour toucher la subvention de 430 000 $ qui lui a été réservée, l'Institut Armand-Frappier devait «préparer une programmation détaillée de ses futures activités dans les domaines de la biotechnologie qu'il aurait choisi». Il était demandé à l'IAF, dans cette programmation, d'aborder neuf sujets spécifiques: les objectifs; le programme d'activités; les ressources humaines et physiques; la formation de chercheurs; les collaborations; le budget; le financement intra-muros et extra-muros. L'Institut était invité à «ne pas couvrir un champ trop vaste mais (à) d'abord consolider ses interventions dans le domaine biomédical». Il était enfin averti que la programmation élaborée serait soumise, pour évaluation, aux organismes compétents.

Selon le Conseil, le dossier préparé par l'Institut Armand-Frappier est plus ou moins conforme à l'esprit et à la lettre des conditions posées par le ministre. Il n'est pas suffisamment précis et complet et présente des lacunes assez importantes dont on dira un mot plus loin. L'Institut devrait donc être tenu de clarifier un certain nombre d'éléments essentiels à l'évaluation du dossier concerné avant de pouvoir toucher la subvention lui ayant été promise par le ministre.

L'IAF devait préparer «une programmation détaillée de ses futures activités». En pratique, il a surtout décrit les activités dont il s'occupe présentement. Certes son dossier réunit toutes sortes de données quantifiées sur la croissance des ressources humaines et physiques prévue à court terme pour l'établissement dans le champ des biotechnologies. Mais, comme les experts consultés l'ont noté, il n'est pas facile de relier ces données budgétaires avec celles se rapportant aux projets scientifiques proprement dits. Il est encore moins facile de cerner les axes de développement plus généraux et à plus longue échéance en regard desquels s'ordonne la budgétisation à court terme. Or c'est à cela que doit viser d'abord une programmation: la définition d'une stratégie cohérente et graduée d'exécution de nouvelles activités, d'ajout de ressources, selon des objectifs de développement précis et dûment justifiés. On se serait attendu à ce que tout cela transparaisse davantage dans le document soumis — rédigé probablement avec une certaine rapidité, et dont le contenu est malheureusement parfois un peu brouillon, ou évasif.

À cet égard, il vaut la peine de donner quelques courts exemples. Du montant de 430 000 $ sollicité, l'IAF prévoit consacrer 175 000 $ au développement de ses activités en microbiologie appliquée — le «sous-programme 1». Le document nous apprend, en page 5, que ces crédits serviront à l'achat d'équipements, sans indiquer toutefois lesquels, et pour quelles fins. Deux pages plus loin, on dit par ailleurs qu'une partie de la subvention réservée au «sous-

[1] *Programme d'interventions pour le développement des biotechnologies au Québec*, document de travail, Secrétariat au Développement scientifique, octobre 1981.

programme 1» permettra l'accroissement des effectifs. Il y a manifestement ici contradiction. À moins que l'on veuille référer à tout autre chose — soit aux crédits consacrés aux bourses post-doctorales, dont on ne dit pas non plus à quel(s) sous-programme(s) ils seront alloués, mais dont on peut déduire, après une analyse attentive des données en annexe au dossier, qu'ils iront éventuellement eux aussi à la microbiologie appliquée.

Bref la budgétisation incluse au dossier est plus ou moins claire. Il est difficile de savoir par exemple si la subvention de 430 000 $ promise par le MEQ s'ajoutera intégralement aux crédits déjà prévus par l'IAF pour le programme de développement de la biotechnologie en 1981-82 et 1982-83, ou si l'Institut, au contraire, tirera profit de ce financement spécial pour ramener sa propre contribution à la baisse.

Aux premières pages du document sont alignés plusieurs chiffres voulant illustrer le caractère vigoureux, accéléré, décisif, de l'engagement de l'IAF en biotechnologie. À la page 4, toutefois, on apprend que «la poursuite du programme est mise sérieusement en danger» — du fait des compressions budgétaires actuelles — et qu'il faudra donc pour 1982-83 solliciter du MEQ *«une autre subvention d'action structurante»*. En d'autres termes, l'Institut propose une stratégie de développement dont les assises, passé l'exercice budgétaire en cours, ne sont absolument pas assurées. Ce qui est propre, on en conviendra, à susciter bien des questions.

2. Qualité, pertinence et complémentarité des activités proposées

L'Institut avait été invité par le MEQ à ne pas couvrir, par son programme de développement, un champ trop vaste des biotechnologies, mais d'abord à «consolider ses interventions dans le domaine biomédical».

À ce chapitre non plus, l'IAF n'a pas répondu de façon claire aux conditions prescrites dans la lettre du ministre. Dans le préambule du dossier, l'Institut affirme que le ministre, par le biais de la subvention promise, confie «à l'Institut la maîtrise d'oeuvre du développement de la biotechnologie dans le milieu universitaire québécois». L'Institut devrait être incité à faire preuve de plus de réalisme et de modestie. En réalité, il est invité à affermir ses activités dans l'une — et bien une seule, pour l'instant — des six ou sept filières scientifiques susceptibles d'applications biotechnologiques.[1] D'autres établissements universitaires que lui sont nantis de compétence et de ressources leur donnant droit aussi, éventuellement, de prendre charge de missions spécifiques dans d'autres filières des biotechnologies — v.g. l'agriculture, l'environnement, l'énergie, etc.

C'est d'ailleurs l'une des grandes lacunes du dossier que de ne pas situer les intérêts et les possibilités propres de l'IAF, en biotechnologies, par référence aux fonctions et aux activités susceptibles d'être prises en charge par les autres établissements du réseau. Certaines attitudes de l'Institut, à ce chapitre, portent à s'interroger: ainsi lorsqu'il situe le volume de ses effectifs de recherche en biotechnologies à un niveau de beaucoup supérieur aux chiffres de l'inventaire récent mené par le Secrétariat au Développement scientifique.[2] Ainsi, de même quand l'IAF va jusqu'à prétendre diriger les seuls programmes de maîtrise et de doctorat en virologie au Québec et au Canada...[3]

Sur l'intérêt que peuvent présenter les trois volets d'activités intégrés à la programmation — i.e. 1) *la microbiologie appliquée;* 2) *les vaccins et agents antimicrobiens;* 3) *les nouveaux outils analytiques* — les jugements des experts consultés par le Conseil vont tout à fait dans le même sens: le volet 2 offre le plus fort intérêt, en terme de qualité et de pertinence; c'est dans le secteur visé, du reste, que l'IAF possède une expérience et des compétences. Le volet 3, d'un autre côté, apparaît intéressant dans la mesure surtout où il peut favoriser le renforcement du volet 2. Mais le premier volet par contre, qui concerne la microbiologie appliquée, montre beaucoup de déficiences.

L'Institut Armand-Frappier a soumis au Conseil des universités, l'an dernier, un projet de maîtrise en microbiologie appliquée dont l'implantation a été refusée considérant entre autres la nécessité, pour l'Institut, de mieux définir la portée du projet, en terme de priorité institutionnelle et de complémentarité au sein du réseau, d'en mieux cerner les axes, d'en renforcer les ressources humaines et physiques d'appui.[4] On peut grosso modo formuler le même

(1) *Programme d'interventions pour le développement des biotechnologies*, op. cit. p. 16.

(2) *Programme d'interventions pour le développement des biotechnologies*, op. cit. voir l'inventaire des effectifs en annexe.

(3) Dossier de présentation, p. 13.

(4) *Avis du Conseil des universités sur l'opportunité d'implanter à l'IAF un programme de maîtrise en microbiologie appliquée*, avis no 80.8, 20 mars 1981.

jugement sur les activités regroupées dans le volet *microbiologie appliquée* de la présente programmation. L'Institut y amorce des projets dans des domaines — contrôle de l'environnement, biomasse — où son expertise, ses ressources sont limitées et devraient, jusqu'à nouvel ordre, le rester, pour autant que la priorité doive aller, comme le dit la lettre du ministre, à la consolidation des activités biomédicales et non à l'élargissement des spécialités ayant une fonction de support. Ce sans parler du fait que d'autres intervenants universitaires se retrouvent possiblement en meilleure position que lui pour développer ces autres filières des biotechnologies.

Dans un tel contexte, il faut se questionner sur la pertinence pour l'Institut de consacrer une si grande proportion de la subvention — 50%, si les bourses post-doctorales sont effectivement reliées à ce volet — au développement de la microbiologie appliquée. Au minimum, l'IAF devrait voir à décrire de façon plus claire et détaillée les choix budgétaires qu'il a posés, en faire ressortir les implications et les justifications. La remarque ne concerne pas d'ailleurs la seule fraction de la subvention allouée à la microbiologie appliquée mais bien l'utilisation de l'ensemble des fonds prévus eu égard au développement des trois volets et à la poursuite des quatre priorités identifiées dans le dossier de programme.

3. Conditions à remplir par l'Institut avant le versement de la subvention

À défaut de reprendre globalement sa réflexion, l'Institut Armand-Frappier, à ce moment-ci, doit s'efforcer de répondre mieux à ces questions qui, parmi toutes celles énumérées initialement, restent essentielles aux fins de l'évaluation de son dossier.

Considérant les fins censément poursuivies par le programme d'actions structurantes du MEQ, et les éléments de stratégie identifiés à ce jour pour le développement des biotechnologies au Québec, le Conseil croit donc que l'IAF devrait transmettre, sur le présent programme de développement, des informations supplémentaires regroupées sous quatre rubriques et concernant:

a) le potentiel d'excellence;

b) la complémentarité;

c) les possibilités d'application de la recherche incluse dans son programme d'activités;

d) la budgétisation.

a) le potentiel d'excellence des projets

L'IAF n'a pas fourni de données sur l'origine des fonds externes consacrés à ses projets. Ce type d'information est en soi important. Il le devient davantage quand, à examiner les quelques renseignements inclus au dossier, on constate que les activités poursuivies bénéficient d'un financement externe fort inégal, et dont le niveau, de plus, semble varier souvent en fonction inverse du volume de financement interne — les chercheurs hautement financés à même l'enveloppe de base de l'IAF semblant recevoir de faibles fonds externes, et vice-versa.

Les informations transmises devraient permettre d'identifier: a) les activités du programme bénéficiant de subventions au jugement des pairs; b) celles financées après évaluation d'autres organes scientifiques; c) celles financées par contrats, pour des activités de recherche, ou des services.[1] Ces informations devraient porter sur les fonds demandés et obtenus, par projet, l'identité des bénéficiaires, le montant et la durée du financement.

b) la complémentarité du programme

Si l'IAF prétend obtenir «la maîtrise d'oeuvre du développement de la biotechnologie» au sein du réseau, il devra au moins spécifier pour quels domaines précis, sur la base de quels avantages comparatifs, selon quelles modalités d'accueil, de communications, de coopération avec les autres intervenants universitaires. Le dossier présenté, à tous ces chapitres, reste fort évasif et exige d'être complété.

S'étant vu reconnaître une vocation particulière, pour un domaine des biotechnologies, l'IAF doit éviter les attitudes d'autarcie et d'impérialisme, et apprendre à fonctionner comme un véritable point de ralliement, comme une structure d'accueil ouverte aux autres agents du réseau universitaire.

Il importe en particulier que l'IAF dise clairement comment il entend s'acquitter de ce rôle de «maître d'oeuvre», de point de ralliement, en matière de formation de chercheurs, d'animation et de communication scientifiques, entre autres par la mise à la disposition des autres unités intéressées de ses services et de ses installations de recherche, qui sont considérables.

---

[1] La distinction est essentielle, attendu l'importance des fonds obtenus par IAF-production, entreprise productrice de services et non de recherche.

c) *les possibilités d'application de la recherche*

Dans un champ de recherche comme celui considéré ici, la question de l'applicabilité et du transfert des connaissances est cruciale.

L'IAF, dans le sous-secteur de la santé, a une tradition, des ressources qui peuvent lui permettre de répondre convenablement à l'impératif susmentionné.

Des difficultés risquent de se poser lorsqu'il ambitionne d'élargir ses intérêts à d'autres sous-secteurs. Les experts consultés ont souligné à cet égard le caractère douteux, voire même illusoire de quelques projets intégrés au présent programme. Celui sur la cellulose fournit probablement le meilleur exemple: l'IAF l'a développé à une très modeste échelle, avec plus ou moins de ressources. L'Institut de recherche sur les pâtes et papiers, comptant sur le support de l'industrie concernée et de concert avec le Conseil national de recherche du Canada, est déjà fermement engagé dans un tel sous-secteur d'activités.

L'IAF doit éviter à tout prix de s'engager dans des avenues qui, dépourvues d'intérêt scientifique, risquent de se révéler ruineuses du point de vue technologique ou commercial. Il parera à ce danger en veillant à soumettre ses projets à une évaluation des circuits scientifiques réguliers, d'une part, et en conservant des points d'ancrage solides dans les milieux de la technologie et de l'industrie, d'autre part. L'Institut devrait donc préciser par quelles mesures il entend favoriser cet objectif du transfert technologique.

d) *la budgétisation*

Comme on l'a déjà signalé plus haut, l'Institut devrait aussi fournir un devis plus précis et plus étayé sur l'utilisation qu'il fera de la subvention qui lui est présentement réservée, eu égard aux trois volets et aux quatre priorités énumérés dans le document de programmation.

Finalement, considérant la teneur du dossier présenté, l'importance des fonds sollicités, le Conseil ne croit pas pertinent que la subvention accordée pour l'année budgétaire en cours soit renouvelée en 1982-83.

Recommandation

Attendu la situation, le Conseil recommande donc:

(Que le ministre de l'Éducation n'autorise pas
(l'Institut Armand-Frappier à utiliser la sub-
(vention lui ayant été réservée, au titre du
(programme d'action structurante du MEQ,
(pour l'année 1981-82, tant que l'Institut n'au-
(ra pas répondu de façon satisfaisante aux
(conditions définies ci-haut, concernant le
(potentiel d'excellence, la complémentarité et
(l'applicabilité des activités intégrées à son
(programme de recherche et qu'il n'aura pas
(produit de budgétisation plus claire relative-
(ment à la réalisation de ce programme.

Avis n° 81.9

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter six programmes d'études universitaires

Avis n° 81.9
Dépôt légal — 1er trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 19 mars 1982

Table des matières

Page

1. Introduction 397

2. Méthodologie utilisée cette année lors de l'évaluation des projets de nouveaux programmes 397

3. Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université Laval des programmes de baccalauréat, l'un en exploitation forestière et l'autre, en sciences et technologie du bois 398

   3.1 Identification des programmes 398
   3.2 Bref historique 398
   3.3 Recommandation 399

4. Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité de lever le caractère expérimental rattaché au programme de maîtrise en sciences des pâtes et papiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières lors de son approbation en 1975 400

   4.1 Identification du programme 400
   4.2 Bref historique 400
   4.3 Recommandation 401

5. Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université du Québec à Trois-Rivières un programme de maîtrise en traduction 401

   5.1 Identification du programme 401
   5.2 Recommandation 402

6. Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université du Québec à Trois-Rivières un programme de doctorat en biophysique 402

   6.1 Identification du programme 402
   6.2 Recommandation 402

7. Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université McGill un programme de «Doctor of Philosophy in Educational Psychology» 403

   7.1 Identification du programme 403
   7.2 Le contexte entourant ce programme de l'Université McGill 403
   7.3 Recommandation 403

1. Introduction

Lors de sa 134e séance tenue les 18 et 19 mars 1982, le Conseil des universités a fait l'examen de six recommandations formulées par le Comité conjoint des programmes sur l'opportunité d'implanter à l'automne 1982 dans le réseau universitaire québécois les nouveaux programmes d'études suivants:

- programme de baccalauréat en exploitation forestière de l'Université Laval;
- programme de baccalauréat en sciences et technologie du bois de l'Université Laval;
- programme de maîtrise en sciences des pâtes et papiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
- programme de maîtrise en traduction de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
- programme de doctorat en biophysique de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
- programme de «Doctor of Philosophy in Educational Psychology» de l'Université McGill.

Il faut signaler que les programmes de maîtrise en sciences des pâtes et papiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de «Doctor of Philosophy in Educational Psychology» de l'Université McGill ne constituent pas des projets de nouveaux programmes d'études comme c'est le cas pour les quatre autres programmes ci-dessus mentionnés. En effet, le programme de maîtrise de l'Université du Québec à Trois-Rivières fut approuvé en 1975 par le Conseil des universités à titre expérimental. Il s'agissait donc cette année de se prononcer sur l'opportunité de lever ou non le caractère expérimental rattaché à ce programme d'études lors de son approbation.

En ce qui concerne le programme de doctorat de l'Université McGill, on doit signaler qu'il fonctionne déjà depuis quelques années de façon «ad hoc» sans avoir fait l'objet d'une approbation de la part du Conseil des universités.

Des informations plus détaillées relatives à ces deux programmes d'études avancées seront fournies dans les recommandations formulées par le Conseil des universités sur chacun d'eux et décrites aux points 3 et suivants.

2. Méthodologie utilisée cette année lors de l'évaluation des projets de nouveaux programmes

Il faut signaler que le Conseil des universités a adopté, à sa séance du mois d'octobre 1981, un document relatif aux critères à utiliser dans l'évaluation des projets de nouveaux programmes d'études soumis par les universités. Chacun des établissements universitaires a alors été averti que cette grille d'évaluation allait constituer un instrument d'analyse important dans l'opération de cette année menée sous la responsabilité du Comité conjoint des programmes.

Cette grille d'évaluation fait état de trois niveaux d'analyse:

- l'opportunité du projet de nouveau programme envisagé à l'échelle du réseau universitaire;
- l'opportunité du projet de nouveau programme envisagé au plan institutionnel;
- l'opportunité du projet de nouveau programme considéré en lui-même.

C'est dans cet ordre de priorité que l'examen de chacun des dossiers a été effectué, un certain nombre de critères et d'indices permettant d'évaluer la conformité d'un projet donné avec chacun des niveaux d'opportunité identifiés par le Conseil des universités dans son document adopté en octobre 1981.

Cette grille d'évaluation a été transmise à chacun des experts consultés par le Comité conjoint des programmes relativement à l'opportunité d'implanter les projets de nouveaux programmes soumis par les universités à l'automne 1981.

L'évaluation de chacun des nouveaux programmes d'études avancées a été confiée à la responsabilité d'un sous-comité composé de deux répondants de la

Commission de recherche universitaire et du Comité conjoint des programmes. Un président de sous-comité était choisi parmi les quatre répondants retenus.

En s'en remettant aux avis de qualité, aux expertises d'opportunité ainsi qu'aux données et renseignements supplémentaires établis par la permanence de la Commission de la recherche universitaire et du Comité conjoint des programmes, chaque sous-comité a rencontré au cours du mois de janvier 1982 chacune des universités ayant soumis un ou des projets de nouveaux programmes d'études avancées. Ces rencontres des établissements étaient précédées d'une réunion au cours de laquelle les membres du sous-comité visiteur identifiaient les questions à aborder avec les principaux intéressés.

Les rencontres des sous-comités visiteurs avec les universités concernées ont emprunté le cheminement suivant:

- — rencontre du sous-comité avec les principaux administrateurs (vice-recteur à l'enseignement et à la recherche, doyen des études avancées et de la recherche et dans certains cas le recteur lui-même);
- — rencontre du sous-comité visiteur avec les principaux responsables du projet de nouveau programme ainsi qu'avec les professeurs appelés à oeuvrer dans le programme proposé;
- — rencontre du sous-comité avec un certain nombre d'étudiants susceptibles de s'inscrire dans le programme proposé par une institution;
- — visite, lorsque requis, des laboratoires et équipements.

Après chacune des rencontres, les membres du sous-comité visiteur se réunissaient à nouveau afin de compiler les résultats de leur évaluation. On peut affirmer que la grille d'évaluation utilisée cette année a été d'un aide précieux lors de cette opération du sous-comité visiteur.

Chaque président devait ensuite rédiger un rapport de la rencontre, le transmettre à chacun des répondants et apporter, si nécessaire, des modifications afin de tenir compte des commentaires formulés par les répondants. Ce rapport modifié ainsi que les résultats de l'évaluation effectuée par les sous-comités visiteurs étaient enfin acheminés aux membres du Comité conjoint des programmes.

C'est la même démarche qui fut mise de l'avant dans l'évaluation des projets de nouveaux programmes de baccalauréat. Cependant, comme ces programmes d'études ne comportent pas des activités de recherche, les sous-comités visiteurs n'étaient composés que de répondants désignés par le Comité conjoint des programmes.

C'est donc en tenant particulièrement compte du rapport et des explications fournies par le président du sous-comité visiteur que les membres du Comité conjoint des programmes ont pu formuler les recommandations qui font l'objet du présent Avis du Conseil des universités.

3. Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université Laval des programmes de baccalauréat, l'un en exploitation forestière et l'autre, en sciences et technologie du bois

3.1 Identification des programmes

Nom des programmes
Baccalauréat en exploitation forestière
Baccalauréat en sciences et technologie du bois
Appellation du grade
Bachelier ès sciences appliquées

Abréviation du grade
B. Sc. A.

Nom de l'établissement
Université Laval

3.2 Bref historique

Il est important dans le cas présent de tracer un bref historique afin de bien situer le contexte des événements qui ont conduit l'Université Laval à soumettre à l'automne 1981 les programmes de baccalauréat en exploitation forestière et en sciences et technologie du bois.

Il faut remonter à 1972 et plus particulièrement aux recommandations contenues dans le rapport final de l'Opération Sciences Appliquées, recommandations particulières qui invitaient l'Université Laval à diversifier sa programmation de 1er cycle en foresterie afin

de tenir compte d'une part, de l'évolution technologique et d'autre part, de la dimension transformation de la matière première qu'est la forêt. Il faut préciser qu'à cette époque l'Université Laval n'offrait qu'un programme de baccalauréat en génie forestier où la dimension aménagement de la forêt était nettement privilégiée. Comme cette institution était le seul établissement universitaire à oeuvrer dans le domaine de la foresterie, il paraissait pertinent et urgent pour les membres de l'Opération Sciences Appliquées que l'Université Laval réoriente ses activités en foresterie en vue de former des compétences qui répondent adéquatement à l'évolution technologique que connaissait le secteur de la foresterie au Québec ainsi qu'à la demande du marché du travail en ce domaine.

L'Université Laval a examiné sérieusement la problématique décrite dans le rapport de l'Opération Sciences Appliquées relativement aux activités offertes dans le champ de la foresterie au Québec. On a alors compris que des transformations majeures devaient être apportées à la programmation de 1er cycle de la Faculté de foresterie afin d'assurer aux candidats une formation mieux adaptée au contexte actuel.

Des comités d'études ont été mis sur pied et c'est ainsi qu'en 1976 l'Université Laval soumettait au Comité conjoint des programmes trois projets de nouveaux programmes:

- — un programme de baccalauréat en aménagement forestier;
- — un programme de baccalauréat en exploitation forestière;
- — un programme de baccalauréat en sciences et technologie du bois.

Le programme de baccalauréat en aménagement forestier alors soumis consistait en un réaménagement du programme de baccalauréat en génie forestier existant déjà.

Lors d'assez longues discussions, les membres du Comité conjoint des programmes convenaient alors d'inviter l'Université Laval à examiner la possibilité de présenter plutôt un seul programme de baccalauréat en foresterie comportant trois concentrations, l'une en aménagement forestier et les deux autres, en exploitation forestière et en sciences et technologie du bois. Les principales raisons motivant cette demande du Comité conjoint des programmes peuvent être résumées comme suit:

- — la pertinence d'implanter trois programmes d'études distincts en foresterie était faiblement appuyée;
- — l'incapacité alors des ressources humaines en place d'assurer la qualité et la viabilité des trois programmes proposés;
- — la nécessité de diviser en trois domaines différents les activités menées en foresterie ne semblait pas être appuyée sur des arguments solides;
- — les relations tant avec la corporation des ingénieurs forestiers qu'avec celle des ingénieurs posaient d'énormes problèmes.

D'autres comités d'études virent le jour, se penchèrent sur les interrogations soulevées par le Comité conjoint des programmes en essayant d'élaborer des hypothèses qui tiennent compte des recommandations particulières de l'Opération Sciences Appliquées. Des rencontres suivies eurent lieu entre les dirigeants de la Faculté de foresterie et le vice-recteur à l'enseignement et à la recherche de l'Université Laval avec la permanence du Comité conjoint des programmes. Ces nombreux échanges internes et ces rencontres systématiques avec le Comité conjoint des programmes amenèrent la Faculté en question à élaborer un volumineux rapport dans lequel on démontrait clairement la pertinence d'implanter trois programmes distincts en foresterie plutôt qu'un seul programme avec trois concentrations.

L'Université Laval soumettait donc à l'automne 1981 au Comité conjoint des programmes deux programmes dont il a été fait mention au point 3.1 du présent Avis. L'approbation par le Conseil des universités des deux programmes de l'Université Laval amènera cette institution à modifier son programme actuel de baccalauréat en génie forestier de façon telle qu'il deviendra un programme de baccalauréat en aménagement forestier.

On aura compris que les deux programmes de baccalauréat font l'objet d'une seule recommandation.

3.3 Recommandation

ATTENDU la présentation par l'Université Laval de deux programmes de baccalauréat, l'un en exploitation forestière, l'autre en sciences et technologie du bois;

CONSIDÉRANT les recommandations de l'Opération Sciences Appliquées invitant l'Université Laval

à diversifier sa programmation de 1er cycle en génie forestier;

CONSIDÉRANT les efforts continus et intenses fournis par cette institution en vue de donner suite à cette invitation de l'Opération Sciences Appliquées faite dans le cadre de la planification et de la rationalisation des activités d'enseignement et de recherche dans le domaine de la foresterie;

CONSIDÉRANT que, selon les experts consultés, les deux programmes répondent à des besoins socio-économiques jugés prioritaires pour le Québec et qu'ils permettent également d'assurer l'avenir du secteur au plan scientifique;

CONSIDÉRANT que, selon les experts consultés, les diplômés de ces deux programmes pourront se trouver un emploi dans leur domaine de compétence;

CONSIDÉRANT que l'Opération Sciences Appliquées fixait à 105 crédits la durée des programmes de baccalauréat en génie et que cette recommandation fut approuvée par le Conseil des universités et le ministre de l'Éducation;

CONSIDÉRANT que les experts consultés ont jugé que le contenu des deux programmes qui totalisent chacun 126 crédits dépasse nettement ce qui se fait ailleurs dans le même domaine;

CONSIDÉRANT que l'implantation éventuelle de ces deux programmes nécessitera un réaménagement du programme actuel de baccalauréat en génie forestier;

CONSIDÉRANT que l'implantation de ces deux nouveaux programmes de baccalauréat aura des répercussions certaines sur les activités offertes en foresterie aux cycles supérieurs;

CONSIDÉRANT que le Conseil des universités a, dans certains de ses avis, invité les universités à élaborer des conditions d'admission qui tiennent compte des diplômés du Cégep professionnel et que les finissants de ce niveau en techniques forestières sont formés dans les domaines où l'Université Laval interviendra au premier cycle.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(d'approuver l'implantation à l'Université Laval
(des programmes de baccalauréat en exploi-
(tation forestière et en sciences et technologie
(du bois, programmes d'études conduisant à
(l'obtention du grade de Bachelier ès Sciences
(Appliquées, B. Sc. A.,
(1° — à la condition, qu'avant l'implantation des
(deux programmes ci-dessus mentionnés, l'U-
(niversité Laval réduise à 105 crédits le nom-
(bre total de crédits rattachés à chacun des
(deux programmes et fasse rapport au Conseil
(des universités sur les modalités de la nou-
(velle répartition des crédits à l'intérieur de
(chacun des programmes soumis;
(2° — que l'Université Laval fasse, dans un an,
(rapport au Conseil des universités des modi-
(fications qui seront apportées au programme
(actuel de baccalauréat en génie forestier, du
(réaménagement des activités d'enseigne-
(ment et de recherche qui sera effectué au
(niveau des programmes de maîtrise et de
(doctorat en foresterie et de l'évolution du
(corps professoral, d'une formule d'intégration
(permettant aux finissants des cégeps formés
(en techniques forestières un accès particu-
(lier aux programmes de 1er cycle en fo-
(resterie.

4. Avis du conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité de lever le caractère expérimental rattaché au programme de maîtrise en sciences des pâtes et papiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières lors de son approbation en 1975

4.1 Identification du programme

Nom du programme
Maîtrise en sciences des pâtes et papiers

Appellation du grade
Maître ès sciences appliquées

Abréviation du grade
M. Sc. A.

Nom de l'établissement
Université du Québec à Trois-Rivières

4.2 Bref historique

Encore une fois, il est nécessaire de dire quelques mots afin de situer le contexte entourant le pro-

gramme de maîtrise en sciences des pâtes et papiers soumis à l'automne 1981 par l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Il faut immédiatement signaler que ce programme ne constitue pas un projet de nouveau programme comme c'est le cas pour la plupart des projets soumis à l'automne 1981. En effet,

- le Conseil des universités approuvait de façon conditionnelle en avril 1975 le programme de maîtrise en sciences des pâtes et papiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
- ce programme de 2e cycle en sciences des pâtes et papiers donnait suite à une des recommandations particulières contenues dans le rapport final de l'Opération Sciences Appliquées;
- ce programme de l'Université du Québec à Trois-Rivières était donc expérimental et l'institution devait faire approuver l'admission de toute nouvelle cohorte d'étudiants, ce qui a été fait d'ailleurs;
- en janvier 1979, le Conseil des universités, dans le cadre d'un Avis portant sur 20 programmes approuvés conditionnellement, recommandait au ministre de l'Éducation de maintenir le caractère expérimental attaché au programme de maîtrise en sciences des pâtes et papiers lors de son approbation.
- cette recommandation du Conseil des universités était liée au fait que l'Université du Québec à Trois-Rivières procédait alors à l'évaluation de son programme en sciences des pâtes et papiers;
- le Comité d'études avancées en pâtes et papiers et le Centre de recherche en pâtes et papiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont fait valoir, au terme de l'évaluation, que la maîtrise en sciences des pâtes et papiers devait dorénavant être reconnue comme un programme permanent ou régulier de l'institution.

C'est dans le contexte qui vient d'être esquissé rapidement qu'il faut situer la demande de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

4.3 Recommandation

ATTENDU la présentation par l'Université du Québec à Trois-Rivières à l'automne 1981 d'un dossier d'opportunité et de qualité concernant son programme de maîtrise en sciences des pâtes et papiers et la demande de cette institution de lever le caractère expérimental rattaché à ce programme;

ATTENDU le caractère expérimental rattaché à ce programme lors de son approbation en avril 1975 par le Conseil des universités et le maintien de ce caractère expérimental par le Conseil des universités en janvier 1979 suite à une évaluation partielle;

CONSIDÉRANT les résultats obtenus par ce programme depuis son implantation et l'évaluation institutionnelle rigoureuse à laquelle il a été soumis;

CONSIDÉRANT que, selon les experts consultés, le programme de l'Université du Québec à Trois-Rivières répond à des besoins jugés prioritaires pour le Québec et qu'il assurera au plan technologique le développement du secteur des pâtes et papiers;

CONSIDÉRANT les efforts soutenus de l'institution afin d'améliorer sans cesse la qualité du programme et les assises solides sur lesquelles s'appuie la maîtrise en sciences des pâtes et papiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières;

CONSIDÉRANT le fait que ce programme s'adressait au départ à une clientèle oeuvrant déjà dans le milieu industriel et l'attraction grandissante qu'il exerce maintenant auprès d'étudiants terminant des études de 1er cycle;

CONSIDÉRANT que, selon les experts consultés, la recherche de débouchés ne paraît pas devoir causer de difficulté aux diplômés de la maîtrise en sciences des pâtes et papiers.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(de lever le caractère expérimental rattaché à
(ce programme de maîtrise en sciences des
(pâtes et papiers de l'Université du Québec à
(Trois-Rivières lors de son approbation en
(1975.

5. Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université du Québec à Trois-Rivières un programme de maîtrise en traduction

5.1 Identification du programme

Nom du programme
Maîtrise en traduction

Appellation du grade
Maître ès Arts

Abréviation du grade
M. A.

Nom de l'établissement
Université du Québec à Trois-Rivières

5.2 Recommandation

ATTENDU la présentation par l'Université du Québec à Trois-Rivières à l'automne 1981 d'un programme de maîtrise en traduction;

CONSIDÉRANT la faiblesse de l'analyse des besoins figurant dans le dossier de présentation du programme;

CONSIDÉRANT que l'implantation de la maîtrise en traduction nécessiterait l'ajout de nouvelles ressources humaines;

CONSIDÉRANT l'ambiguïté des objectifs assignés à la maîtrise en traduction qui, au niveau du cheminement retenu, offrirait peu d'attrait tant auprès des bacheliers en traduction qu'auprès des diplômés de 1er cycle dans une discipline donnée;

CONSIDÉRANT que les clientèles susceptibles de s'inscrire à ce programme sont relativement peu élevées;

NONOBSTANT l'avis de qualité favorable formulé sur le programme de maîtrise en traduction.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(de ne pas autoriser l'implantation à l'Univer-
(sité du Québec à Trois-Rivières d'un pro-
(gramme de maîtrise en traduction.

6. Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université du Québec à Trois-Rivières un programme de doctorat en biophysique

6.1 Identification du programme

Nom du programme
Doctorat en biophysique

Appellation du grade
Philosophiae Doctor

Abréviation du grade
Ph. D.

Nom de l'établissement
Université du Québec à Trois-Rivières

6.2 Recommandation

ATTENDU la présentation par l'Université du Québec à Trois-Rivières à l'automne 1981 d'un programme de doctorat en biophysique;

CONSIDÉRANT que l'Université du Québec à Trois-Rivières a, depuis sa création, consenti des efforts soutenus afin de développer la biophysique;

CONSIDÉRANT que les efforts fournis par cette institution, plus particulièrement au plan de la mise en place d'une équipe de chercheurs de calibre et à celui de l'acquisition de ressources physiques, ont été jugés fort pertinents tant par l'Opération Sciences Fondamentales que par le Conseil des universités qui en 1976, dans son cahier IV sur les grandes orientations de l'enseignement supérieur, recommandait à l'Université du Québec à Trois-Rivières d'intégrer les activités en bio-physico-chimie du milieu aux axes déjà définis pour cette institution;

CONSIDÉRANT que tous les experts consultés ont reconnu que la biophysique était promise à un avenir fort intéressant au plan du développement scientifique;

CONSIDÉRANT l'excellence de la qualité du dossier de présentation de programme soumis par l'Université du Québec à Trois-Rivières;

CONSIDÉRANT que les experts consultés ont jugé que l'équipe professorale actuelle appelée à oeuvrer dans le doctorat en biophysique avait fait la preuve qu'elle pouvait offrir un programme de doctorat de grande qualité et ce, tant par ses activités et ses subventions de recherche que par l'encadrement offert aux étudiants au niveau du programme de maîtrise en biophysique et d'autres programmes de maîtrise et de doctorat;

CONSIDÉRANT que tous les experts consultés relativement à la qualité et à l'opportunité du programme ont été unanimes à reconnaître la qualité du

doctorat en biophysique qui leur avait été soumis pour l'évaluation;

CONSIDÉRANT l'attraction évidente qu'exerce l'équipe professorale oeuvrant dans le domaine de la biophysique à l'Université du Québec à Trois-Rivières;

CONSIDÉRANT que l'Opération Sciences Fondamentales invitait l'Université du Québec à Trois-Rivières à s'interroger sur la pertinence de maintenir un programme de 1er cycle en biophysique;

CONSIDÉRANT la rapide consolidation effectuée par l'Université du Québec à Trois-Rivières relativement à son programme de maîtrise en biophysique;

NONOBSTANT le fait qu'il existe dans le réseau universitaire québécois, au niveau des études avancées, des programmes d'études en biophysique qui devront faire l'objet d'une étude de la part du Conseil des universités.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(1° — d'autoriser l'implantation à l'Université
(du Québec à Trois-Rivières d'un programme
(de doctorat en biophysique conduisant à
(l'obtention du grade de Philosophiae Doctor
(Ph. D. et

(2° — d'inviter l'institution concernée à s'in-
(terroger sérieusement sur la pertinence de
(maintenir un programme de 1er cycle en
(biophysique et de faire rapport à ce sujet
(en temps opportun au Conseil des universi-
(tés.

7. Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université McGill un programme de «Doctor of Philosophy in Educational Psychology»

7.1 Identification du programme

Nom du programme
Doctor of Philosophy in Educational Psychology

Appellation du grade
Philosophiae Doctor

Abréviation du grade
Ph. D.

Nom de l'établissement
Université McGill

7.2 Le contexte entourant ce programme de l'Université McGill

— En 1977, l'Université McGill avait soumis ce programme au Comité conjoint des programmes pour l'évaluation d'opportunité et à la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec pour celle de la qualité;

— l'Avis de qualité de la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec étant alors défavorable, l'Université McGill avait demandé au Comité conjoint des programmes de suspendre l'étude du dossier de programme en question;

— l'Avis de qualité faisait alors mention que l'Université McGill ne possédait pas les ressources humaines suffisantes pour assurer la qualité du programme;

— l'Avis de qualité actuel signale que l'Université McGill a maintenant apporté les correctifs nécessaires. Il faut prendre note que le dossier de programme modifié n'a cependant pas été soumis à l'avis d'experts.

L'Université McGill avait entretemps, sur la foi d'un avis favorable d'opportunité, admis quelques étudiants au doctorat sur une base ad hoc.

7.3 Recommandation

ATTENDU la présentation par l'Université McGill, à l'automne 1981, d'une version révisée du programme de doctorat «in Educational Psychology»;

NONOBSTANT que cette version révisée, selon l'avis de qualité de la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec, répond aux réserves formulées en 1977 sur le même dossier de programme;

NONOBSTANT les solides assises institutionnelles sur lesquelles prend appui le programme de doctorat «in Educational Psychology»;

CONSIDÉRANT la saturation évidente du marché de l'emploi dans le domaine de l'Éducation;

CONSIDÉRANT la prolifération des programmes de doctorat offerts aux divers intervenants dans le domaine de l'Éducation.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(de surseoir à l'implantation à l'Université
(McGill d'un programme de «Doctor of Phil-
(osophy in Educational Psychology» jusqu'à
(ce que le Conseil ait mené une étude sec-
(torielle des besoins et des programmes d'é-
(tudes avancées dans le secteur des sciences
(de l'Éducation.

Avis n° 81.10

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur le rapport du comité d'étude sur la formation en sciences infirmières

Dépôt légal — 1er trimestre
ISSN - 0709-3985
Québec, le 19 mars 1982

Table des matières

Page

Introduction 409

1. Les programmes de formation en sciences infirmières — état de la situation ... 410

2. Les besoins en matière de santé 411

3. Le système de formation en sciences infirmières 412

3.1 Le niveau de formation de base 412
3.2 La durée de la formation de base 412
3.3 Le rôle de l'université 413
3.4 Durée du baccalauréat 414
3.5 Le perfectionnement 416
3.6 Les études avancées et la recherche 416
3.7 La coordination entre le collège et l'université 418

4. Recommandations 418

Annexe I — Liste des recommandations du Comité Rodger 421

Annexe II — Le système de distribution de soins et la pratique infirmière au Québec 427

Introduction

Le ministre de l'Éducation sollicitait, en avril 1981, l'avis du Conseil des universités et celui du Conseil des collèges, sur les recommandations du Rapport Rodger sur la formation en sciences infirmières. Ce Comité d'étude avait été formé à l'été 1978 par le ministre de l'Éducation à la suite d'une recommandation du Conseil des universités «d'étudier la situation d'ensemble des programmes de formation en sciences infirmières au niveau postsecondaire, dans le but de préciser les objectifs des programmes en sciences infirmières à l'université par rapport aux programmes offerts aux collèges et aux besoins du marché du travail».[1] Le mandat confié au Comité présidé par madame Rodger comprenait trois parties:

1. «analyser, commenter et au besoin, proposer des réformes en rapport avec le schéma général de formation en sciences infirmières aux niveaux tant collégial qu'universitaire, de façon à éviter les duplications et dans une perspective de réponse aux besoins de la société»;
2. «proposer les mesures propres à assurer une liaison mieux articulée entre la formation de niveau collégial et celle de niveau universitaire, distinguer les contenus et orientation de formation propres aux deux niveaux et traiter de la place des sciences infirmières à tous les niveaux ou cycles d'études universitaires»;
3. «souligner les orientations à privilégier dans l'avenir, en tenant compte des besoins du système de santé au Québec».[2]

Dans son rapport, déposé en juin 1980, le Comité d'étude brosse l'évolution de ces «écoles supérieures» d'infirmières de 1920 à «l'écheveau» actuel de programmes de formation et de perfectionnement en sciences infirmières: DEC professionnel et baccalauréats assurant en parallèle la formation de base et l'accès à la même profession avec le même examen; baccalauréats de perfectionnement et nombreux certificats de 1er cycle duplicant souvent différents programmes courts offerts par les cégeps; programmes de maîtrise. Le Comité d'étude décrit ensuite les éléments de la problématique de formation en sciences infirmières dans le contexte québécois:

- les besoins de santé de la population et les nouvelles politiques du MAS en matière de santé;
- la structure organisationnelle des soins infirmiers, le problème du nombre d'intervenants, de la fragmentation des soins et des guerres de territoire à propos des actes réservés;
- l'imbrication des niveaux secondaire, collégial et universitaire dans l'enseignement du nursing montrant une similitude des objectifs de formation d'un niveau à l'autre;
- les définitions de la pratique infirmière[3] et des milieux de pratique qui font ressortir deux niveaux d'exercice dont le degré de complexité varie selon l'approche utilisée par l'infirmière et le type et milieu d'intervention;
- le problème des structures d'accueil et de formation en cours d'emploi;
- la nécessité d'une conception d'éducation permanente dans le domaine de la formation et du perfectionnement en nursing.

(1) Conseil des universités, *Neuvième rapport annuel 1977-78*, p. 60.

(2) Cité par le *Rapport du comité d'étude sur la formation en sciences infirmières*, p. 6.

(3) L'article 36 de la Loi des infirmières et infirmiers du Québec définit l'exercice de la profession comme suit: «Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale».
Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, p. 81.

Le Comité Rodger en arrive à 28 recommandations[1] qui touchent: 1) la formation de base, le niveau d'enseignement dont elle doit relever, son contenu; 2) la formation universitaire, les concentrations cliniques à développer à ce niveau et la «philosophie» de formation à privilégier; 3) la formation complémentaire (recyclage, perfectionnement) et ses rapports avec les niveaux d'enseignement; 4) les orientations à donner à la pratique infirmière, la délimitation des champs d'exercice, la réorganisation de l'équipe de soins, la mise en place de structures d'accueil et de programmes de formation en cours d'emploi.

Le Conseil des universités est surtout concerné par les recommandations touchant la formation de base et la formation universitaire: sur ces deux points, le Comité Rodger propose:

— qu'il n'y ait qu'*un seul* programme de formation de base en nursing donnant accès à la profession, qu'il soit de niveau collégial et que sa durée soit de 4 ans;

— que des programmes de baccalauréat développent les concentrations cliniques exigeant une formation plus poussée;

— qu'un 2e cycle universitaire forme des «spécialistes cliniciennes initiées à des travaux de recherche clinique» et pouvant répondre aux besoins d'enseignement du nursing; qu'un 3e cycle en nursing soit implanté dans les plus brefs délais pour assurer le développement et la recherche en sciences infirmières.

Le Conseil des universités et le Conseil des collèges, dans un premier temps, ont convenu de conjuguer leur effort et d'analyser le rapport qui leur était soumis en regard des besoins et politiques en santé, du système de distribution de soins et des différents champs de pratique infirmière. On retrouvera en annexe[2] ce document sur lequel le Conseil des universités s'appuie pour rendre un avis sur le système de formation en sciences infirmières et le rôle qu'y doit jouer l'université. Pour sa part, le Conseil des collèges fournira un avis sur le rôle des collèges en la même matière. Ces deux avis, qui s'inspirent d'une problématique commune, proposent un modèle cohérent de formation s'étendant du cégep à l'université.

Dans la première partie, le Conseil fait ressortir quelques aspects qui lui apparaissent importants dans la problématique de la formation en sciences infirmières. La deuxième partie de l'avis rappelle succinctement les besoins en matière de santé et la répartition des effectifs entre les milieux de pratique. Une troisième partie aborde les questions qui ont trait au système de formation, au niveau de formation de base, à sa durée, à la nature et à la durée du baccalauréat en sciences infirmières ainsi qu'à l'orientation à donner aux études avancées de 2e cycle. Dans une quatrième partie, le Conseil des universités formule les considérants et recommandations qu'il adresse au ministre de l'Éducation en rapport avec le système de formation en sciences infirmières.

1. Les programmes de formation en sciences infirmières — état de la situation

C'est plus particulièrement en 1976, avec la parution du Rapport final de l'Opération Sciences de la Santé et en 1977, avec le dépôt par quatre universités — Sherbrooke, UQAR, UQAC et UQAH — de projets de programme de baccalauréat en nursing que devait se poser de façon plus aiguë le problème de la formation en sciences infirmières. En effet, la formation de base, bien qu'offerte en majeure partie au secteur professionnel du niveau collégial, se voyait aussi dispensée dans trois universités pour les étudiants détenteurs d'un DEC général: Laval, Montréal et McGill. La formation initiale s'offre donc ainsi à deux niveaux d'enseignement distincts pour une seule et même catégorie de professionnels. Les quatre nouveaux projets de baccalauréat soumis pour approbation et dont il est fait mention plus haut visaient spécifiquement à perfectionner les infirmières détentrices du DEC professionnel. Ces quatre nouveaux programmes de baccalauréat de perfectionnement venaient s'ajouter à celui qu'offrait déjà l'UQTR et qui, lui aussi, visait au perfectionnement des infirmières. On se retrouve donc actuellement avec une quarantaine de cégeps offrant une formation initiale à l'intérieur du DEC d'une durée de trois années, trois universités offrant aussi une formation initiale à l'intérieur d'un baccalauréat d'une durée de trois années pour les détentrices du DEC général en santé et, enfin, cinq universités offrant un baccalauréat de perfectionnement de trois années s'adressant spécifiquement aux détentrices du DEC professionnel en sciences infirmières.

(1) Voir Annexe I.

(2) Voir Annexe II.

Ce relevé n'est toutefois pas totalement exhaustif, puisque plusieurs cégeps et universités offrent en outre un certain nombre de programmes de certificats (environ 30 crédits) ou de baccalauréat portant sur des thèmes spécifiques, telles la psychiatrie, la gériatrie et s'adressant à des infirmières déjà diplômées soit par un DEC professionnel ou encore par un baccalauréat en nursing.

Ce qui frappe à prime abord et qui fait principalement l'objet d'interrogation, c'est l'existence d'un double niveau de formation de base pour donner accès à l'Ordre et permettre la pratique de la profession d'infirmières. Aussi, dans un premier temps, ce sur quoi il faut se pencher c'est sur la détermination d'un niveau de formation de base, compte tenu des besoins de l'exercice de la profession et des moyens dont dispose notre société pour assurer la formation de ces professionnels. La réponse à cette question de niveau implique-t-elle qu'on ne conserve qu'un seul niveau de formation de base et que partant, on exclut l'autre, ne conservant ainsi qu'une voie d'accès à l'entrée dans la profession? Quelle doit être la durée de la formation de base? Par quels programmes assurera-t-on une formation élargie aux infirmières? Doit-on privilégier des orientations précises à ces programmes ou bien laisser les dynamismes institutionnels jouer?

Ce sont là quelques unes des interrogations inhérentes au mandat que le ministre de l'Éducation confiait au Comité d'étude Rodger sur les sciences infirmières et pour lesquelles ce Comité apporte un certain nombre de réponses brièvement rapportées dans l'introduction du présent avis. Ces interrogations apparaissent au Conseil comme étant des aspects importants à clarifier. Quant aux réponses fournies par le Rapport Rodger, le Conseil s'applique, dans la 3e partie de son avis, à les jauger en fonction des coûts économiques et sociaux qu'elles impliquent, du partage des responsabilités entre les niveaux de notre système d'enseignement, de la nécessité de tenir compte des acquis antérieurs de formation et aussi en fonction de la comparaison avec les durées moyennes de formation en nursing dans le reste de l'Amérique du Nord. Le Conseil tient compte également dans l'examen de ces recommandations du Rapport Rodger du principe, maintes fois exprimé, d'une accessibilité plus grande à l'université pour les détenteurs d'un DEC professionnel.

2. Les besoins en matière de santé

Le Rapport du Comité d'étude sur les sciences infirmières comme les commentaires formulés sur ce rapport par le ministère des Affaires sociales, font nettement ressortir les grands objectifs que le Québec poursuit en matière de santé:

— promotion de la santé par une approche globale préventive autant que curative: à cet effet, création d'un réseau comprenant un éventail d'établissements à vocations mieux diversifiées — DSC, CLSC, CHSP, CHCD —[1], soins à domicile, animation en milieu scolaire;

— train de mesures favorisant l'accessibilité universelle à la plupart des services par un système de gratuité des soins.

Bien qu'au niveau du système des services de santé on constate nettement la nette volonté de l'État d'orienter l'action des multiples intervenants vers la prévention de la maladie et vers la réhabilitation en milieu extra-hospitalier, il n'en demeure pas moins que le milieu hospitalier requerra encore la part la plus importante des services. En 1978-79, 83% des infirmières travaillaient en milieu institutionnel selon les statistiques de l'Ordre. Outre la prépondérance du milieu hospitalier, le monde de la santé est particulièrement marqué par la fragmentation des soins et la surspécialisation des intervenants. Mais, parmi ceux-ci, les infirmières constituent le corps professionnel de la santé de loin le plus nombreux et celui dont le contact avec le client ou le patient est parmi les plus prolongés et les plus continus. En quelque sorte, l'infirmière, dans l'équipe de soin, joue un rôle charnière entre le client et les autres intervenants en santé surtout en milieu hospitalier. Ce qu'on lui demande d'abord, c'est d'être une généraliste des soins en santé. C'est en rapport à cette fonction et aux besoins de formation technique qu'elle suppose que la formation de base de l'infirmière requiert d'être considérée et située en termes de niveau d'enseignement.

(1) DSC — Département de santé communautaire
CLSC — Centre local de santé communautaire
CHSP — Centre hospitalier de soins prolongés
CHCD — Centre hospitalier de courte durée.

3. Le système de formation en sciences infirmières

3.1 Le niveau de formation de base

D'emblée, et cela de concert avec le Comité Rodger, le Conseil des universités reconnaît la pertinence de consacrer le niveau collégial comme lieu exclusif de formation de base en techniques infirmières et par conséquent le DEC en techniques infirmières comme diplôme donnant accès à l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

La raison principale de cette prise de position réside dans l'expertise et la responsabilité que détiennent actuellement les cégeps en enseignement technique et le fait que ce soit à ce niveau que se forme la très grande majorité des diplômés en nursing chaque année au Québec. Le partage des responsabilités lors de la création des cégeps comme niveau intermédiaire entre le secondaire et l'université laisse en effet aux premiers la responsabilité des enseignements techniques dans ses programmes professionnels. D'ailleurs la quantité de bacheliers amorçant leur carrière initiale en pratique infirmière est très limitée et représente moins de 10% des diplômées d'une année. Il y a donc lieu de se demander s'il ne serait pas pertinent d'utiliser de façon différente le potentiel de l'université.

Un deuxième facteur justifiant cette position est le fait que les cégeps ont hérité de l'expérience et des acquis des anciennes écoles d'infirmières (écoles d'hôpitaux) et qu'ils ont maintenu des relations étroites avec les établissements hospitaliers et les autres établissements de santé, relations favorisant le bon déroulement des stages indispensables à la formation d'une infirmière généraliste.

Comme autre facteur, il faut retenir aussi que le nombre important de cégeps qui dispensent cette formation — un peu moins de cinquante — et le fait qu'ils sont disséminés sur la presque totalité du territoire québécois, favorisent grandement l'accessibilité à cette profession (qui comptait plus de 43 000 membres en 1978-79) et la production d'un réservoir suffisant de main-d'oeuvre qualifiée dans l'ensemble des régions.

Parmi les autres arguments qui favorisent le cégep professionnel comme seul lieu de formation de base, et non le moindre à souligner, il y a le fait qu'il s'agit d'une décision correspondant largement à ce qui se fait dans le reste du Canada et dans la plupart des états américains. La formation en nursing s'y offre après le secondaire et s'inscrit à l'intérieur de la structure de programme «2 and 2», le premier deux ans menant à un «associate degree» terminal et donnant ordinairement accès à la profession ou menant aussi à l'entrée en 3e année d'un baccalauréat en nursing de 4 ans. Le Québec assume donc des coûts élevés quand, comme *condition d'accès* à la profession d'infirmière, il maintient la voie, après le secondaire, du DEC général de 2 ans auquel s'ajoutent trois années de baccalauréat en nursing.

Tous ces facteurs amènent le Conseil à privilégier le niveau collégial comme seul niveau de formation de base donnant accès à l'exercice de la pratique infirmière.

Si les besoins et les politiques en santé l'exigent et si les ressources que possèdent le Québec le permettent, le Conseil pense que le cheminement de formation en nursing qu'il propose pourrait aisément rejoindre les objectifs que préconisait récemment l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, quant au diplôme de base (exigence d'un baccalauréat en l'an 2000) donnant accès à la profession infirmière. La formation de base en nursing comprendrait alors le DEC professionnel en techniques infirmières auquel s'ajouterait obligatoirement un baccalauréat de deux ans en sciences infirmières, ce dernier seul donnant accès au marché du travail.

3.2 La durée de la formation de base

Il convient de s'arrêter à la question particulière de la durée du programme de formation de base. Le Rapport Rodger recommande un programme collégial d'une durée de 4 années plutôt que trois années tel que l'établit le régime pédagogique à ce niveau. Il faut bien voir qu'une prolongation d'une année au programme collégial actuel donnant accès à l'exercice de la profession créerait un précédent par rapport à la durée des autres programmes du secteur professionnel, provoquant un effet possible d'escalade sur la durée de plusieurs d'entre eux. L'application d'une telle recommandation amènerait le Québec à n'accorder qu'un diplôme d'étude collégial là, où ailleurs, après 4 années d'études postsecondaires, on décerne un baccalauréat universitaire, ce qu'illustre le tableau qui suit:

	Secondaire	Post-secondaire	Diplôme
Québec	11 ans	4 ans	DEC
Ontario	12 ans*	4 ans	BACC
États-Unis	12 ans	4 ans	BACC

* L'Ontario ramène actuellement à 12 ans la durée de son primaire-secondaire.

Le cheminement de formation initiale de l'infirmière québécoise serait défavorisé en termes de diplôme par rapport à celui qu'obtient la personne accédant à la pratique à l'extérieur du Québec. Ces détenteurs d'un DEC professionnel de 4 années qui voudraient s'inscrire à un baccalauréat, même s'ils gagnaient la reconnaissance d'au moins une année pour leur acquis de formation, seraient devant l'obligation de compléter 17 années d'études pour l'obtention d'un baccalauréat. Un tel cheminement de formation amènerait des coûts plus élevés et pénaliserait les diplômés du DEC professionnel quant à la durée des études les menant au baccalauréat. Ce serait pousser vraiment loin la singularité.

En outre, autre facteur à considérer, s'amorce en septembre prochain une expérimentation dans trois cégeps modifiant profondément le programme actuel en nursing. Il faut attendre les résultats de cette expérience avant de songer à tout autre changement majeur. Le Conseil juge donc qu'il n'est pas opportun et fondé de porter de 3 à 4 années la formation de base menant à l'exercice de la profession infirmière.

On doit aussi rappeler que récemment le Gouvernement du Québec déterminait les actes délégués du médecin que peuvent poser normalement les infirmières. Rien n'indique que les étudiantes infirmières en formation de base ne peuvent pas être initiées à la maîtrise de ces actes à l'intérieur de leur actuel programme de niveau collégial. Comme le recommande par ailleurs le Rapport Rodger et comme le préconise aussi le Conseil des universités dans le domaine des formations professionnelles, les structures d'accueil et d'initiation encadrée doivent relever de la responsabilité des milieux d'emploi et ces fonctions ne doivent pas être assumées par les institutions d'enseignement en allongeant indûment les stages qui deviennent alors un début d'expérience de travail.

3.3 Le rôle de l'université

Le Rapport Rodger montre bien, à partir de la définition de l'exercice de la profession et aussi des lacunes au niveau de la formation d'enseignants pour le nursing, les besoins d'une formation plus poussée pour un bon pourcentage des effectifs infirmiers au Québec. Des tâches plus complexes requérant des connaissances nouvelles ou plus approfondies de même qu'un degré d'autonomie de pratique plus exigeant, réclament la participation de l'université dans la formation en sciences infirmières.

En 1969, la Commission Hall proposait que 25% des infirmières aient une formation de niveau universitaire. En 1973, l'Opération Sciences de la Santé constatait que seulement 7,71% des infirmières détenaient un diplôme universitaire. En 1979, selon les données de l'Ordre, on constate que cette proportion s'établit à 9,4%. Si on compare avec l'Ontario, on constate que celle-ci, en 1979 toujours, produisait 483 bachelières en nursing contre 251 au Québec. De 1969 à 1979, selon les données du ministère de la Santé et du Bien-Être social du Canada, l'Ontario a formé en sciences infirmières 3 155 bachelières, soit 37 par 100 000 de population, alors que le Québec, pour la même période, n'en a formé que 1 424, soit 23 par 100 000 habitants.

Selon le rapport annuel de l'OIIQ pour l'année 1978-79, sur 1 760 infirmières qui travaillent en éducation, 884 (50%) possèdent un DEC (ou un diplôme d'infirmière), 677 (38%) ont un baccalauréat, 196 (11%) ont une maîtrise et 3 (0,1%) détiennent un doctorat. De ces enseignantes, 1 196 (68%) enseignent dans les cégeps et 147 (8,3%) dans les universités. Ces statistiques révèlent donc que 50% des professeurs en nursing n'ont pas de formation universitaire, et que 46% d'entre eux enseignent au cégep ou à l'université sans détenir de baccalauréat.

Le Conseil des universités estime donc qu'il y a lieu de hausser de façon significative le nombre d'infirmières détenant un baccalauréat en sciences infirmières. Il est intéressant de constater que l'objectif de 25% du Rapport Hall tend à se rapprocher de la situation américaine dans ce secteur où 31% des effectifs en nursing a un baccalauréat. L'effort visant à hausser le pourcentage de la diplômation au baccalauréat en sciences infirmières demeure un objectif important à poursuivre car il existe en nursing de nombreuses tâches plus complexes qui nécessitent de leurs exécutants une formation élargie ou plus poussée: l'enseignement, l'administration et l'encadrement dans le domaine du nursing en sont des exemples: certaines fonctions cliniques assumées par l'infirmière en psychiatrie, en hémodialyse, en pédiatrie, etc. en sont un autre; en général, les cen-

tres ultra-spécialisés exigent un certain nombre d'infirmières plus qualifiées en terme de formation. L'étude menée conjointement par le Conseil des universités et le Conseil des collèges décrit bien le niveau de pratique nécessitant une formation plus poussée.

3.4 Durée du baccalauréat

La première partie du présent avis décrit la situation des programmes universitaires de baccalauréat en nursing. Le Rapport Rodger à cet égard souligne la difficulté que rencontrent les infirmières en exercice pour s'inscrire à des études de premier cycle universitaire:

> *«Là où l'enseignement régulier n'offre pas à l'infirmière la possibilité d'avoir accès à des études de premier cycle universitaire, un «enseignement parallèle» s'est développé pour répondre aux besoins ressentis par les infirmières. On se retrouve maintenant dans une situation telle que près de 1 500 étudiants sont actuellement inscrits aux certificats en nursing à la Faculté d'éducation permanente de l'Université de Montréal. Les certificats universitaires semblent être actuellement pour les infirmières diplômées, les seuls moyens détournés à utiliser pour finalement atteindre le baccalauréat dans certaines universités» (p. 76).*

Le Conseil des universités estime qu'une plus grande accessibilité aux études universitaires doit être offerte aux infirmières diplômées et aux détenteurs du DEC professionnel en nursing, accessibilité au baccalauréat en sciences infirmières mais aussi aux autres programmes du secteur de la santé. Cette accessibilité doit se faire cependant en tenant compte des acquis de formation antérieurs. La durée du 1er cycle universitaire en sciences infirmières ne doit pas exiger, il est important de le répéter, des études plus longues que celles demandées en moyenne aux détenteurs d'un baccalauréat en nursing à l'extérieur du Québec.

C'est dans cette optique que le Conseil recommande d'instaurer un baccalauréat en sciences infirmières *d'une durée de 2 ans dont l'accès serait exclusivement réservé aux détenteurs d'un DEC en nursing* ou l'équivalent. Cette recommandation n'est pas un précédent et répond au principe d'accessibilité à l'université prôné par le Conseil pour les détenteurs d'un DEC professionnel. En effet, l'École de technologie supérieure décerne depuis 1975 le grade de bachelier en technologie à des étudiants ayant complété un programme de 2,5 ans après le DEC professionnel. En outre, plusieurs facultés, départements ou modules en sciences de l'administration reconnaissent déjà 30 crédits de baccalauréat aux étudiants ayant complété le DEC en techniques administratives. Cette mesure ramène donc la durée effective de leur programme de baccalauréat à deux années. Ce qui est pertinent pour eux ne le serait-il pas pour les infirmières? En outre, à l'intérieur des baccalauréats d'enseignement, les universités, lors de l'intégration des Écoles Normales, ont reconnu une équivalence de 30 crédits aux détenteurs du Brevet d'enseignement classe «A». Encore une fois, c'était reconnaître les acquis de formation et dans les faits l'existence d'un baccalauréat d'une durée de deux années.

Le Conseil recommande donc d'appliquer la même mesure dans le cas des détenteurs du DEC en nursing, conscient qu'un tel programme de durée plus limitée, mettant l'accent sur les acquis antérieurs et la nécessité d'une continuité dans la formation, devrait paraître plus attrayant aux clientèles futures et dès lors permettre à plus d'infirmières d'obtenir le baccalauréat.

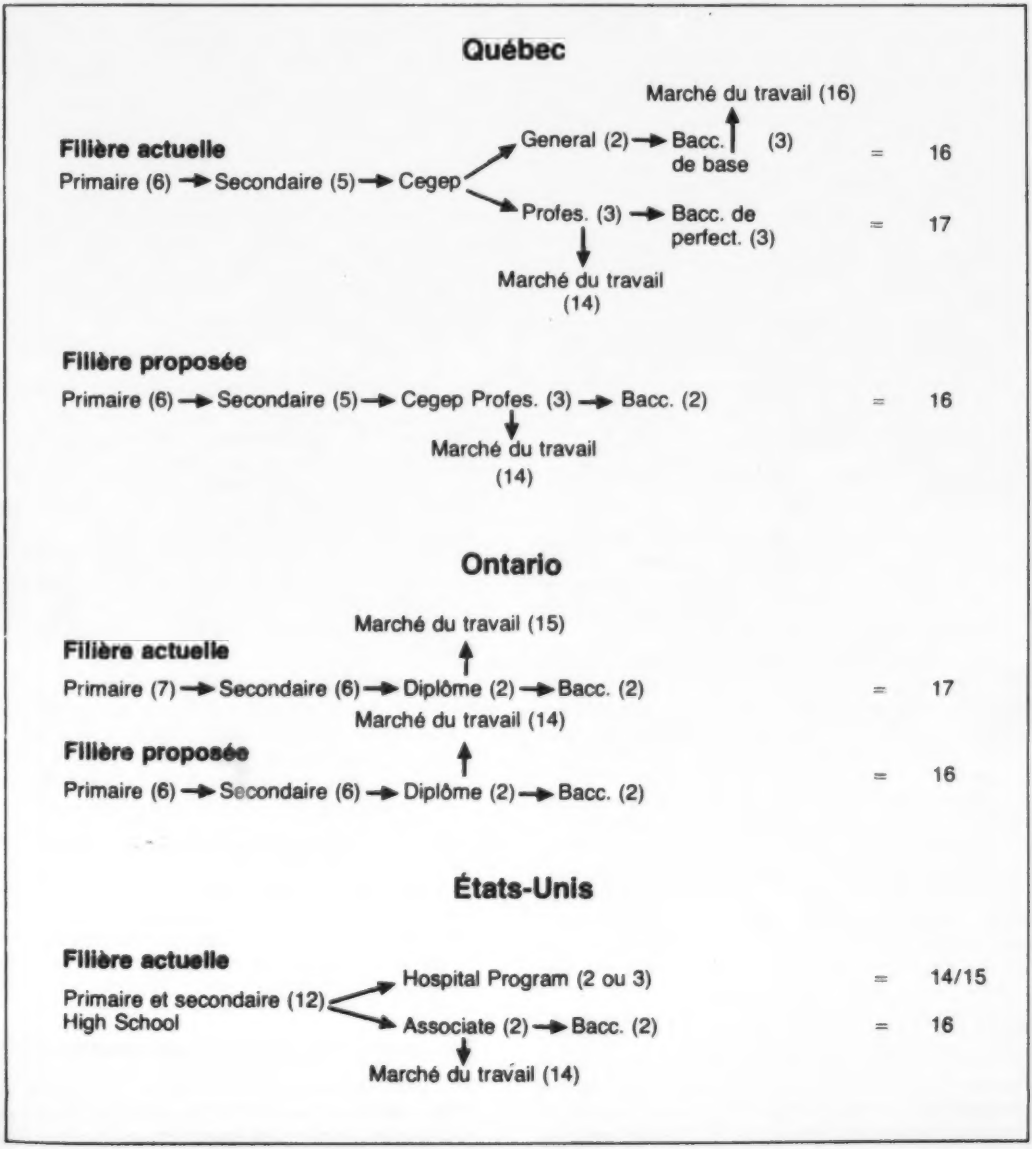
Les schémas de la page suivante permettent de bien comprendre les cheminements actuels et proposés de formation en sciences infirmières et de les comparer à ceux généralement utilisés dans le reste du continent nord-américain.

Ces schémas illustrent sans ambiguïté que l'accès au marché du travail pour la majorité des effectifs en nursing se fait habituellement après 14 années de scolarité. Ce n'est évidemment pas le cas au Québec lorsque le baccalauréat constitue le programme de base donnant accès à la profession après 16 ans de scolarité. Le tableau suivant comparant les provinces canadiennes à cet égard, confirme que l'entrée sur le marché du travail se fait après 14 ans de scolarité et que la durée des études menant au baccalauréat en nursing est en moyenne de 16 années.

Un baccalauréat de 2 ans s'ajoutant au DEC professionnel en nursing rejoindrait donc la tendance canadienne et nord-américaine.

Le Conseil des universités insiste ici sur le fait que ce baccalauréat de deux ans en sciences infirmières doit se situer à l'intérieur des objectifs généraux de formation du premier cycle universitaire et assurer à l'étudiant une formation méthodologique et un développement du sens critique en même temps

qu'une certaine polyvalence des connaissances. Il doit en outre lui permettre d'acquérir une formation spécialisée dans le domaine des soins infirmiers eux-mêmes ou dans les domaines connexes de la gestion des soins de santé ou de l'enseignement du nursing.



Tableau

Comparaison des programmes en nursing offerts au Canada dans les universités, collèges, écoles-hôpitaux: pré-requis, durée des programmes

Provinces	Pré-requis			Durée du programme et total cumulatif des études					
	Coll.	Hôp.	Univ.	Coll.	Total des études	Hôp.	Total des études	Univ.	Total des études
Québec	11e		13e	3 ans	14			3 ans	16
Terre-Neuve		11e	11e			2/3 ans	13/14	5 ans	16
Saskatchewan	12e		12e	2 ans	14			4 ans	16
Ontario	12e		13e	2/3 ans	14/15			4 ans	17
Nouvelle-Écosse		12e	12e			2 ans	14	4 ans	16
Nouveau-Brunswick	12e		13e	2 ans	14			4 ans	17
Manitoba	12e	12e	12e	2 ans	14	2 ans	14	4 ans	16
Île-du-Prince-Édouard	12e			2 ans & 9 mois	14 1/2				
Colombie-Britannique	12e	12e	12e	2 ans	14	3 ans	15	4 ans	16
Alberta	12e	12e	12e	2 ans	14	3 ans	15	4 ans	16

3.5 Le perfectionnement

Le Rapport Rodger formule deux recommandations fort pertinentes à cet égard:

> *«Recommandation no 18 — Que le ministère de l'Éducation se penche sur le problème de la prolifération des programmes de formation complémentaire afin d'en arriver à une politique d'ensemble pour le Québec».*
>
> *«Recommandation no 19 — Que tout cours ou programme de formation complémentaire soit organisé en tenant compte des niveaux de formation où l'enseignement régulier est dispensé» (p. 143).*

Le Conseil des universités est en accord avec ces deux recommandations. De façon générale, le Conseil affirme que le perfectionnement des infirmières relève d'abord du niveau d'enseignement assurant la formation de base. Sa recommandation d'un baccalauréat en nursing de 2 ans prolongeant exclusivement le DEC en nursing suppose le rappel des baccalauréats actuels «de base» et de perfectionnement en nursing. L'incitation pour les infirmières à s'inscrire à un baccalauréat de 2 ans, reconnaissant leurs acquis de formation, devrait rendre moins populaires les nombreux programmes de certificats en santé offerts par les universités et qui sont, il faut le reconnaître, leur seule porte d'accès à l'université sans les mener par ailleurs, à une exception près, au baccalauréat. Les universités devront accorder un soin particulier à ces programmes courts afin de ne pas faire double emploi avec le cégep et éviter d'offrir des enseignements qui relèvent de ce niveau tant par les orientations, par le contenu que par la nature de l'expertise et des équipements qui appartiennent au cégep. En période d'austérité, tout dédoublement d'activités similaires serait tout à fait injustifié. L'université devra donc mieux définir le rôle et la place de ses certificats.

Le Conseil souhaite en outre qu'aussi souvent que possible des activités de perfectionnement prennent place dans le milieu de travail, en faisant appel s'il y a lieu à des ressources collégiales ou universitaires. Aussi ces activités devraient être plus accessibles et plus immédiatement adaptées à leur clientèle.

Là toutefois où elles auront dû mettre en place de tels programmes de certificats, le Conseil souhaite que les universités assurent, par des mécanismes appropriés, à ceux qui auront complété de tels certificats de pouvoir s'intégrer sans pénalité à l'intérieur du baccalauréat de 2 ans ou encore d'avoir accès à des études de maîtrise.

3.6 Les études avancées et la recherche

Ce qu'on appelle communément le nursing se ramène d'abord à un ensemble de pratiques nombreuses et souvent fort complexes. Est-ce une vue seu-

lement impressionniste, mais, dans ce cas, comme dans celui des sciences de l'éducation, on croit se trouver devant un champ de connaissances interdisciplinaires dont les contours scientifiques sont mal définis et dont les assises disciplinaires ne sont pas claires? N'est-ce pas un peu un constat d'aveu semblable que formule le Rapport Rodger en réclamant que la pratique nursing s'appuie sur «un cadre conceptuel»? On pourrait peut-être appliquer à nouveau aux sciences infirmières le diagnostic que formulait la Commission Castonguay à propos de tout le champ paramédical et cela en 1970:

> *«La recherche pure et clinique dans les disciplines de la santé autres que la médecine semble à ses débuts ou à peu près inexistante. Les besoins y sont pourtant considérables et l'on doit partant favoriser la création d'équipes de chercheurs, la construction de locaux de recherche et le financement de projets multidisciplinaires».* [1]

En 1976, le Rapport final de l'Opération Sciences de la Santé proposait la création d'une maîtrise en sciences de la santé, la définissant comme «un cadre qui devrait permettre l'accès aux études avancées pour un plus grand nombre de bacheliers, surtout dans les universités où les programmes de maîtrise sont peu développés. Cette approche diminuerait la prolifération des programmes de maîtrise de recherche ou professionnelle dans des secteurs où les besoins sont peu abondants mais qualitativement nécessaires». [2] Faisant référence aux propositions de programmes de maîtrise en physiothérapie, en diététique, en ergothérapie, le Rapport O.S.S. souligne «qu'il n'est pas certain que le corps de connaissances dans chaque discipline soit suffisant pour constituer un programme avancé». [3] Cette recommandation d'une maîtrise en sciences de la santé, nécessairement de type interdisciplinaire, s'avèrerait un cadre utile dans le cas des études avancées en sciences infirmières.

Le Conseil trouve important que les universités s'appliquent à développer de solides maîtrises de recherche en sciences infirmières. À celles-ci pourront toujours se greffer des programmes de maîtrise de type professionnel. Pour les maîtrises de recherche, qui doivent être bâties sur des activités de recherche déjà en essor, on y gagnera à créer des conditions d'interdisciplinarité indispensable à l'assise des sciences infirmières. Il est ainsi évident que le concours de disciplines, telles la biologie, la psychologie et la sociologie par exemple, constitue un apport certain à des programmes de maîtrise de recherche en sciences infirmières.

Aussi le Conseil juge-t-il à propos de rappeler que, pour une meilleure préparation à l'exécution de certaines tâches qui relèvent de leurs fonctions, des infirmières diplômées du baccalauréat pourraient s'inscrire avec avantage à des maîtrises de d'autres disciplines ou champ d'études, par exemple la maîtrise en administration ou la maîtrise en enseignement.

Le Rapport Rodger recommande l'implantation d'un 3e cycle en nursing; il n'existe pas actuellement de programme de doctorat en nursing au Québec. Voici la situation américaine à cet égard:

Les programmes supérieurs de formation infirmière aux États-Unis, 1979-80

Programmes	Nombre	Inscriptions	Diplômés
Doctorats	22	980	101
Maîtrise	127	14 130	4 621
Baccalauréat	363	99 939	25 048

Source: Nursing data book, 1980, National League for Nursing.

Aux États-Unis, les infirmières ont accès à des programmes de deuxième et troisième cycles; ces programmes de 2e et 3e cycles ont les objectifs suivants:

> *«Some senior colleges and universities offer nursing programs leading to master's or doctoral degrees in nursing. Graduates of master's programs are qualified to teach or administer in the area of their specialization; for example, maternal-child nursing, psychiatric nursing, or medical-surgical nursing. They are also qualified to conduct research, contribute to the professional literature, function as nurse clinicians, or pursue advanced study at the doctoral level. Graduates of the doctoral program are prepared to assume leadership positions in nursing, conduct research, and contribute to professional literature».* [4]

L'argumentation du Rapport Rodger ne permet pas de conclure à la nécessité d'un programme de doctorat.

---

(1) *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.* Volume IV, 2e partie, p. 124.

(2) Opération Sciences de la Santé, MEQ, 1976, p. 151.

(3) Opération Sciences de la Santé, MEQ, 1976, p. 150.

(4) *The International Encyclopedia of Higher Education,* Jossey-Bass, 1977, Vol. 7, p. 3074.

Il est évident qu'un programme de doctorat en sciences infirmières devrait s'appuyer sur une base solide de recherches et sur des programmes de maîtrise de recherche qui produisent un nombre suffisant de diplômés. Bien sûr, un tel programme devrait répondre à des besoins réels.

3.7 La coordination entre le collège et l'université

Dans un système scolaire où les divers niveaux d'enseignement se suivent et sont reliés comme des séquences, il est très important qu'une attention toute spéciale soit prêtée à la question de la coordination entre les niveaux. Le Rapport du Comité d'étude sur l'université et la société québécoise a bien illustré jusqu'à quel point le système scolaire dans son ensemble révèle un caractère discriminant et éliminatoire. Si ce constat s'applique d'abord au passage entre le niveau secondaire et celui du collégial, il s'avère descriptif aussi de la transition entre le collège et l'université. Un exemple frappant de ce caractère discriminatoire se retrouve dans la difficulté d'accès à l'université des diplômés du cégep professionnel.

Une coordination effective s'applique d'abord au niveau des voies d'accès reliant les niveaux d'enseignement. À cet égard, les recommandations formulées dans le présent avis visent précisément la coordination entre le secteur des techniques infirmières du collège et le baccalauréat de 1er cycle en nursing par l'harmonisation des conditions de passage de l'un à l'autre. Le principe de l'accessibilité à l'université s'incarne d'abord dans l'aménagement coordonné de voies d'accès pour tous les types de diplômés du collégial.

Un deuxième point important par lequel doit passer la coordination est l'ajustement des contenus de programme relevant des deux niveaux d'enseignement. Dans la situation actuelle, plusieurs répétitions et recouvrements semblent exister entre les programmes de techniques infirmières et ceux de 1er cycle en nursing à l'université. Cette duplication, outre son inefficacité coûteuse, mine souvent la motivation et l'intérêt des étudiants inscrits dans ces programmes et provoquent des récriminations tant de leur part que de celle de leurs professeurs.

Un troisième point majeur de coordination est le perfectionnement: l'appartenance des programmes courts à l'un ou l'autre niveau d'enseignement doit être départagée de façon officielle pour éviter toute duplication coûteuse et injustifiée dans le contexte actuel. Il n'y a pas de principe en cette matière dont l'application soit automatique mais le fait de s'entendre sur certains principes ne peut que faciliter la tâche des responsables appliquant les mécanismes de départage de ces programmes courts. Rappelons, par exemple ici, le principe voulant que l'ensemble des activités de mise à jour des connaissances ou du recyclage soit assumé par le niveau qui dispense la formation de base. Par ailleurs, selon la même optique les activités de type approfondissement de connaissances ou spécialisation de la formation de base appartiennent au niveau d'enseignement post-formation de base. L'application de ces principes exige une concertation étroite et constante entre les responsables de la mise en oeuvre des programmes aux deux niveaux d'enseignement.

4. Recommandations

Recommandation 1

CONSIDÉRANT que, par tradition, aussi bien au Québec que dans les autres provinces canadiennes et dans la plupart des États américains, la formation de base de la majorité des infirmiers(es) se situe au niveau collégial ou à un niveau équivalent;

CONSIDÉRANT que le Québec a confié au cégep le soin d'assurer l'enseignement des diverses techniques et le fait que les techniques infirmières constituent un ensemble de compétences et d'habiletés qui relève d'abord de ce niveau d'enseignement;

CONSIDÉRANT que c'est au niveau collégial que le Québec a concentré la majeure partie de ses ressources humaines et physiques afin de promouvoir la formation de base de ses futur(e)s infirmier(e)s et considérant la qualité de l'expérience acquise par ce niveau d'enseignement en cette matière;

CONSIDÉRANT les contrats ou ententes passés entre les cégeps et les établissements de santé, en particulier les établissements hospitaliers, en vue de permettre la formation clinique nécessaire aux futur(e)s infirmier(e)s;

CONSIDÉRANT qu'eu égard aux besoins quantitatifs en particulier, la production des universités est relativement minime et surtout le fait que les établissements universitaires feraient oeuvre plus utile en permettant un plus grand approfondissement de la

formation reçue par les infirmier(e)s au niveau collégial;

Le Conseil des universités appuie la position du Rapport Rodger et recommande au ministre de l'Éducation:

(que le niveau collégial soit le seul niveau de
(formation à dispenser la formation de base en
(nursing donnant accès à l'Ordre des infirmiers
(et infirmières du Québec et qu'en conséquen-
(ce soit amendé le règlement découlant de
(l'article 184 du Code des professions portant
(sur les diplômes donnant accès à l'Ordre des
(infirmiers et infirmières du Québec.

Recommandation 2

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir un équilibre dans la durée de la formation au cégep entre l'enseignement des techniques infirmières et les autres formations professionnelles et le fait que la durée de ces formations s'étend en général sur trois années;

CONSIDÉRANT qu'il existe d'autres modalités que celle de l'allongement du programme pour permettre à l'infirmier(e) de compléter sa formation d'une façon satisfaisante;

CONSIDÉRANT le programme-cadre d'une durée de trois (3) ans qui doit être expérimenté dans trois cégeps en septembre 1982 dans le but de répondre aux insatisfactions actuelles du programme en techniques infirmières;

NONOBSTANT la recommandation du Rapport Rodger de porter à quatre (4) années la durée de formation au cégep en techniques infirmières;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

(que la durée de la formation visant à former
(des infirmiers et infirmières au niveau collé-
(gial ne dépasse pas trois (3) années.

Recommandation 3

ATTENDU les besoins collectifs du Québec ainsi que ceux de certains groupes particuliers eu égard aux aspects curatifs, réadaptatifs et préventifs en matière de santé;

ATTENDU la nécessité de permettre à l'infirmier(e) formé(e) au collège soit d'élargir les connaissances sur lesquelles repose sa pratique, soit de compléter sa formation si il (elle) se destine à l'enseignement collégial, soit encore d'acquérir les connaissances requises pour l'administration et l'encadrement de d'autres groupes d'infirmier(e)s;

CONSIDÉRANT qu'au cours des prochaines années beaucoup d'infirmier(e)s pourront être amené(e)s à orienter leur action à l'extérieur du milieu hospitalier et que certaines de leurs tâches requerront une formation plus approfondie;

CONSIDÉRANT qu'un baccalauréat s'inscrivant en continuité et en approfondissement d'une formation de base collégiale de trois années devrait pouvoir être dispensé à l'intérieur d'une période de deux années et comprendre un maximum de 60 crédits;

CONSIDÉRANT que, dans la plupart des provinces canadiennes et dans de nombreux États américains, les infirmier(e)s peuvent acquérir le grade de Bachelier après environ 16 années de scolarité, et que, par rapport à certaines exigences du marché du travail, et aux exigences d'admissibilité à la maîtrise, le fait de détenir le baccalauréat est déterminant;

CONSIDÉRANT la nécessité d'une cohérence et d'une concertation entre les programmes en nursing relevant du niveau collégial et du niveau universitaire;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

(que les programmes universitaires de bacca-
(lauréat en sciences infirmières visent soit l'ap-
(profondissement de la formation fondamenta-
(le des infirmiers(ères), soit l'acquisition de
(connaissances les amenant à mieux répon-
(dre à des besoins spécifiques dans l'ensei-
(gnement ou l'administration.

Recommandation 4

(que l'accès à ces programmes soit réservé
(aux détenteurs d'un DEC professionnel en
(techniques infirmières ou l'équivalent.

Recommandation 5

(que la durée de ces programmes de bacca-
(lauréat ne dépasse pas deux (2) années et
(que ces nouveaux programmes soient sou-
(mis pour approbation au Conseil des univer-
(sités.

Recommandation 6

ATTENDU le principe, maintes fois affirmé par le Conseil, de l'accessibilité à l'enseignement supérieur;

ATTENDU l'invitation faite aux universités de favoriser l'accès à l'université des diplômés du cégep professionnel;

ATTENDU les besoins dans le domaine de la santé;

Le Conseil des universités invite de nouveau les universités:

(à faciliter l'admission des diplômés du cégep
(professionnel en techniques infirmières aux
(programmes de 1er cycle qui peuvent être d'in-
(térêt pour ces diplômés.

Recommandation 7

CONSIDÉRANT la nécessité de favoriser au Québec le développement des études avancées en leur donnant de sérieuses assises de recherche;

CONSIDÉRANT qu'à titre de champ d'études interdisciplinaires les sciences infirmières requièrent l'apport de la recherche effectuée en biologie, en psychologie, en sciences sociales, etc.

CONSIDÉRANT, par ailleurs, les recommandations de l'Opération Sciences de la Santé de créer des maîtrises en sciences de la santé;

CONSIDÉRANT que la recherche constitue une étape indispensable à l'amélioration de la qualité des soins;

CONSIDÉRANT les transformations qu'engendrera l'application de la recommandation 5.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

(d'inviter les universités qui offrent actuelle-
(ment un programme de maîtrise en sciences
(infirmières à considérer la possibilité de les
(transformer en concentrations à l'intérieur
(d'une maîtrise en sciences de la santé ou-
(verte à tous les intervenants de l'équipe de
(soins ou, advenant le cas où les universités
(décident de conserver leurs programmes ac-
(tuels, de les inviter à faire une plus grande
(part à des activités de recherche et de veil-
(ler à ce que les sciences infirmières reçoi-
(vent le support des disciplines qui sont in-
(dispensables à ses fondements scientifiques
(et à son caractère interdisciplinaire.

Recommandation 8

CONSIDÉRANT la nécessité de favoriser un meilleur accès aux programmes d'enseignement universitaire pour les détenteurs(trices) du DEC professionnel en nursing;

CONSIDÉRANT que l'amélioration de cette accessibilité doit s'accompagner d'une plus grande harmonisation entre les enseignements des deux niveaux;

CONSIDÉRANT la nécessité d'éviter autant que faire se peut toute duplication entre les programmes de recyclage et de perfectionnement en nursing aux deux niveaux d'enseignement;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

(de veiller à assurer la concertation entre les
(responsables de l'élaboration et de la mise en
(oeuvre des programmes en nursing aux deux
(niveaux d'enseignement concernés par la mi-
(se en application des recommandations du
(Conseil des universités.

Annexe I

Liste des recommandations

(Comité Rodger)

Le comité recommande:

Recommandation no 1:

— **Que le niveau secondaire n'offre plus de formation spécifique en nursing;** (p. 103)

— Compte tenu de la complexité de l'exercice de la profession d'infirmière;

— Compte tenu de la nécessité pour l'infirmière d'avoir un cadre conceptuel pour exercer sa profession;

— Compte tenu de l'évolution des connaissances en nursing visant l'amélioration de l'état de santé de la population québécoise;

— Compte tenu de l'importance de fournir à l'étudiante en nursing les connaissances scientifiques qui lui permettront de poursuivre sa formation de façon continue;

— Compte tenu des exigences d'un programme de base en nursing.

Le comité recommande:

Recommandation no 2:

— **Qu'un cadre conceptuel en nursing fasse partie du programme de base;** (p. 106)

Recommandation no 3:

— **Qu'une solide formation en sciences fondamentales et humaines soit inhérente au programme de base en nursing;** (p. 106)

Recommandation no 4:

— **Que les sciences connexes au programme soient adaptées aux connaissances spécifiques du nursing;** (p. 106)

Recommandation no 5:

— **Qu'une période équivalente à deux années scolaires soit consacrée à la formation scientifique de l'infirmière;** (p. 106)

Recommandation no 6:

— **Que le programme comporte, de plus, une année et demie (1 1/2) de connaissances spécifiques au nursing et une demi-année de stages continus;** (p. 106)

Recommandation no 7:

— **Que le choix des stages s'effectue en tenant compte des plus grands problèmes de santé de la population québécoise;** (p. 106)

Recommandation no 8:

— **Que le nouveau programme de base en nursing vise à former les infirmières soignantes qui prodigueront des soins à la majorité de la population, en milieu épisodique.** (p. 107)

Le comité recommande:

Recommandation no 9:

— **Qu'il n'y ait *qu'un seul* programme de formation de base en nursing;** (p. 107)

Recommandation no 10:

— **Que ce programme s'inspire de la philosophie d'éducation permanente et de l'approche sur mesure tel que proposé dans le présent rapport.** (p. 107)

— Compte tenu du fait que les collèges d'enseignement général et professionnel (cégeps) semblent plus accessibles que les établissements universitaires;

— Compte tenu du fait que le niveau collégial est en mesure de produire annuellement un nombre suffisant de diplômées en nursing;

— Compte tenu du fait que le perfectionnement nécessaire à l'actuel corps professoral serait moins important en contenu et en durée afin d'être qualifié pour l'enseignement collégial.

Le comité recommande:

Recommandation no 11:

— **Que le niveau collégial soit le *seul* niveau de formation à dispenser la formation de base en nursing.** (p. 110)

Le comité recommande:

Recommandation no 12:

— **Que les programmes de baccalauréat visent, à l'intérieur de concentrations cliniques, à préparer l'infirmière à être capable de prodiguer des soins plus complexes;** (p. 114)

Recommandation no 13:

— **Que les «concentrations cliniques» tiennent compte de l'âge des individus pour lesquels l'infirmière désire parfaire sa formation. Ces concentrations pourraient être les suivantes:** (p. 115)

soins à la mère et au nouveau-né
soins à l'enfant
soins à l'adolescent
soins à l'adulte
soins à la personne âgée et au mourant

Recommandation no 14:

— **Que la *santé mentale*, qui à ce moment-ci demeure problématique, continue d'être considérée comme une concentration et/ou spécialisation en nursing;** (p. 115)

Recommandation no 15:

— **Que le deuxième cycle universitaire vise à former des infirmières cliniciennes spécialistes;** (p. 115)

Recommandation no 16:

— **Qu'un programme de troisième cycle en nursing soit implanté dans les plus brefs délais;** (p. 115)

Recommandation no 17:

— **Que les programmes de formation post-base en nursing tiennent compte, eux aussi, de la philosophie d'éducation permanente et d'une approche de formation sur mesure.** (p. 115)

Le Comité recommande:

Recommandation no 18:

— **Que le ministère de l'Éducation du Québec se penche sur le problème de la prolifération de programmes de formation complémentaire afin d'en arriver à une politique d'ensemble pour le Québec;** (p. 117)

Recommandation no 19:

— **Que tout cours au programme de formation complémentaire soit organisé en tenant compte des niveaux de formation où l'enseignement régulier est dispensé.** (p. 117)

Le comité recommande:

Recommandation no 20:

— **Que la pratique des soins infirmiers dans les milieux de travail se fasse selon un cadre conceptuel en nursing et que les outils de travail nécessaires soient développés afin de faciliter cette approche;** (p. 121)

Recommandation no 21:

— **Que les programmes de soins mettent l'emphase, plus particulièrement, sur la prévention secondaire et tertiaire en milieu institutionnel.** (p. 121)

Le comité recommande:

Recommandation no 22:

— **Compte tenu des différents niveaux de l'exercice de la profession infirmière, que des champs d'exercice soient déterminés par la profession infirmière et que des mécanismes de régulation de cet exercice soient mis en place.** (p. 124)

Le comité recommande:

Recommandation no 23:

— **Que l'équipe de soins de base soit constituée d'une infirmière soignante qui assure les soins aux malades et d'une préposée qui aide au niveau des tâches d'entretien, de transport et de certains soins de confort et d'hygiène;** (p. 126)

Recommandation no 24:

— **Que les auxiliaires en nursing bénéficient d'un cours de recyclage pour accéder au titre d'infirmière;** (p. 126)

Recommandation no 25:

— **Que les infirmières bachelières et les infirmières du 2e** cycle (cliniciennes spécialistes) soient inclues comme personnel d'encadrement dans l'ensemble des institutions; (p. 127)

Recommandation no 26:

— **Que les infirmières assurant l'encadrement administratif des soins infirmiers détiennent un 1er** cycle universitaire et que dans le cas du directeur des soins infirmiers, un 2e cycle soit exigé. (p. 127)

Le comité recommande:

Recommandation no 27:

— **Que des structures d'accueil et des programmes de formation en cours d'emploi soient disponibles dans tous les milieux où travaille l'infirmière;** (p. 128)

Recommandation no 28:

— **Qu'un programme de formation favorisant l'intégration d'un cadre conceptuel en nursing soit disponible pour les praticiennes en nursing.** (p. 128)

Annexe II

Le système de distribution de soins et la pratique infirmière au Québec

(Document-annexe)

Mars 1982

Table des matières

Page

Avant-propos 431

1. Le système de distribution de soins 431

1.1 Les besoins en santé 431
1.2 La politique de santé 433
1.3 Les orientations actuelles du ministère des Affaires sociales 435

2. La pratique infirmière 437

2.1 Le statut légal de la pratique infirmière 437
2.2 La composition de l'équipe de soins infirmiers 438
2.3 Le milieu de travail 439
2.4 Le niveau actuel de formation 445
2.5 Le rôle de l'infirmière 446

Conclusion 451

Annexes 453

Bibliographie sommaire 460

Avant-propos

Afin de répondre d'une façon adéquate au mandat qui leur a été transmis par le ministre de l'Éducation, soit de préparer un avis sur le *Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières*, le Conseil des collèges et le Conseil des universités ont convenu d'effectuer une analyse conjointe en raison des problèmes particuliers soulevés par la coordination et le partage des responsabilités entre les deux niveaux de formation.

Cette démarche a favorisé une même approche par l'élaboration d'une problématique commune et la coordination au niveau des orientations à promouvoir entre les différents niveaux d'enseignement.

Nous vous présentons donc, ici, un résumé de la problématique retenue dont les principaux éléments sont la politique de santé, le système de distribution de soins et la pratique infirmière. Ce texte conjoint ne se prétend pas exhaustif, mais tente avant tout de dégager les principales composantes permettant d'orienter la réflexion sur la qualité de la formation à promouvoir en sciences infirmières.

À la suite de cette analyse, le Conseil des collèges et le Conseil des universités ont procédé à la rédaction de leur avis respectif.

Note: Dans le texte, le mot «infirmière» désigne également les infirmiers.

1. Le système de distribution de soins:

1.1 Les besoins en santé:

Pour définir l'état de santé des québécois, le Comité [1] (à partir des données du Rapport Lalonde) se réfère d'abord à des indicateurs indirects de santé: l'espérance de vie, le taux de mortalité et la morbidité.

1.1.1 Les indicateurs indirects de santé:

Au niveau démographique, l'une des caractéristiques des dernières années est le vieillissement de la population. Cette donnée constitue l'une des principales variables dans l'orientation que doit prendre le système de distribution de soins au cours des prochaines années, puisqu'elle a un impact certain sur la demande en lits hospitaliers:

> *«Dans l'ensemble, la population du Québec vieillit; l'importance relative des groupes plus âgés croît dans presque toutes les régions. De 1974 à 1986, le groupe d'âge de 5-19 ans aura fléchi de 25,4%, tandis que le nombre de personnes de 65-79 ans aura augmenté de 36,5% et les personnes de 80 ans et plus de 59,9%. Ce phénomène se traduira par un accroissement de la demande totale de soins, puisque l'incidence de la maladie, les taux d'hospitalisation et de séjours en institution sont beaucoup plus élevés dans les catégories d'âge avancé. L'hospitalisation moyenne (nombre de jours d'hospitalisation pour 1 000 habitants) est de trois à cinq fois plus élevée pour les groupes d'âge 65-79 et 80 ans et plus, que pour l'ensemble de la population.»* [2]

[1] Nous utilisons dans le texte le mot «Comité» pour désigner le Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières.

[2] M.A.S. *La planification des ressources hospitalières au Québec, 1976-1986.* Document de travail, Direction des politiques de santé 1979, p. 8-9.

Dans le même sens, la composition de la clientèle des établissements de santé s'est passablement modifiée par une diminution du nombre d'enfants et une augmentation des personnes âgées (des malades chroniques et handicapés). L'augmentation de cette catégorie amène ici, un allègement dans la composition de la clientèle hospitalisée.

> *«Depuis 1976, la part relative des journées-hospitalisation (longue durée) dans l'ensemble des journées-hospitalisation produites par les hôpitaux généraux publics a sensiblement augmenté au Québec; ainsi, cette part relative était de 8% en 1976, comparativement à 13% en 1977-78 et à 17% en 1978-79.»*[1]

À ce niveau, plusieurs études ont démontré l'incongruité actuelle du système où cette population coûte très cher dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.), alors qu'elle pourrait être réorientée vers des établissements mieux adaptés pour répondre à ses besoins spécifiques tels les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.) et les centres d'accueil (C.A.) d'hébergement ou de réadaptation. L'ampleur des besoins quantitatifs prévus avec l'augmentation de la population âgée et la polypathologie souvent associée aux besoins de santé de cette clientèle ne doivent toutefois pas nous faire oublier la nécessité de satisfaire l'aspect qualitatif des soins à prodiguer, dimension à développer dans l'approche au client.

Au plan clinique, le Comité constate que les principales causes de décès sont relatives aux maladies cardio-vasculaires, aux tumeurs malignes et aux accidents. D'autre part, les problèmes relatifs à la santé mentale ont considérablement augmenté; soulignons entre autres, l'augmentation continue des maladies mentales qui comptent pour environ le tiers des jours d'hospitalisation et du taux de suicide chez les 15-34 ans qui représente la deuxième cause de mortalité dans ce groupe d'âge. Pour le Comité,

> *«C'est un fait que dans l'ensemble des besoins de santé, ceux en soins curatifs demeurent la grande priorité. Le séjour moyen des gens dans les centres hospitaliers de courte durée a tendance à diminuer; par contre, le volume de soins à prodiguer augmente. Ceci dénote une complexité accrue au niveau de la dispensation des soins.»*[2]

Compte tenu de ces tendances, nous pouvons penser que les personnes à l'hôpital, principalement dans les établissements de courte durée, souffriront de maladies aigues donc, nécessiteront des services spécialisés et des soins pendant un temps relativement court.

Dans ce contexte,

> *«la diminution du séjour moyen dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.), l'augmentation du volume de soins requis et la population vieillissante ont des répercussions inévitables sur l'organisation des soins et sous-tendent la problématique de la pratique et de l'organisation du nursing dans le système de santé québécois.»*[3]

1:1.2 Une approche globale de la santé:

Mais au-delà de ces données strictement quantitatives, les membres du Comité, comme d'ailleurs un grand nombre d'analystes dans le secteur, en sont venus à attribuer à l'environnement une part de responsabilités toujours plus grande dans la détermination de l'état de santé de la population. Dans cette optique, il importe dorénavant de tenir compte de la relation santé-environnement-habitudes de vie (usage du tabac, habitudes alimentaires, manque d'exercice...) dans l'évaluation de l'état de santé.

Cette approche s'inscrit dans le sens du Rapport Lalonde qui prônait en 1974, une conception globale de la santé reposant sur quatre principaux éléments: la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Des facteurs tels l'âge, le statut économique, l'éducation et l'environnement social ont été reconnus comme influençant certains aspects de la santé.

Des études récentes nous apportent des précisions sur l'inter-relation entre ces différents facteurs, tout en justifiant la pertinence d'une telle approche.

> *«In general terms, it is the young, male and the less-educated Canadian who is risking future health by current life-style. The problems reported in the survey, and the impact which follows them touch the elderly, woman and the poor. But, since males and females converge in their exposure to risk in the younger years, there may be important changes in the future in patterns of illness. It seems reasonable, to*

[1] Ibid, p.

[2] D.G.E.S. *Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières*, Ministère de l'Éducation, Éd. L'Éditeur officiel du Québec, Québec 1980, p. 40.

[3] Ibid, p. 42.

conclude that health promotion prevention and protection will be important in the years to come. Further, the health care of the elderly and the poor will continue to be important. This is particulary the case in light of the averall aging of the Canadian population. »[1]

Parmi les facteurs de risque de maladie, les problèmes de santé reliés à la pauvreté ne sont plus à démontrer:

«L'étude faite en 1969, par le Comité du Sénat, a mis en évidence qu'à l'échelle canadienne, 25% de la population était considérée comme pauvre et que dans cette tranche de population, on retrouvait de 75 à 80% des grandes maladies. Au Québec, il a été reconnu que la population défavorisée financièrement consomme davantage de soins, des services de santé et des services sociaux que ne le font les autres groupes de la population et que son niveau de santé et son espérance de vie sont inférieurs à la moyenne des citoyens. »[2]

D'une façon générale, on constate donc qu'une grande partie des études récentes entreprises dans le secteur de la santé ont dépassé la notion d'absence de maladie pour intégrer des dimensions sociales, psychologiques, environnementales..., pour s'orienter vers une conception positive de la santé.

Les nouveaux besoins en santé de la population ne se situent donc pas uniquement en fonction des soins curatifs, mais dans une optique de promotion, de prévention et de protection de la santé.

1.1.3 Les attentes du consommateur

De plus, le consommateur qui bénéficie des soins de santé a d'autre part souligné, à plusieurs reprises, le besoin d'humaniser ces services:

«En effet, le consommateur déplore le fait qu'on ne tienne pas compte du respect de sa personne et, malheureusement, il constate trop souvent que la formule des soins utilisés est orientée vers la production, qu'elle préconise la dispensation des soins en pièces détachées et qu'elle n'est pas centrée sur le bien-être du bénéficiaire.

Lors d'une rencontre du comité avec des représentants d'une association de malades, ceux-ci se sont exprimés en disant qu'ils désiraient recevoir des soins personnalisés répondant à leurs besoins en tant qu'individu, qu'ils souhaitaient être respectés et soignés avec humanisme. »[3]

1.2 La politique de santé:

La décennie des années soixante en est une particulièrement importante concernant la mise en oeuvre d'une politique sociale originale, au Québec. C'est en effet durant cette période que des réformes sont amorcées dans le système de distribution de soins afin de le rendre public.

Dans cette optique, la Loi sur l'assurance-hospitalisation est votée en 1960 qui consacre l'accessibilité économique aux établissements de soins. Suivent la Loi sur les hôpitaux en 1962 et la Loi sur l'assistance médicale en 1966 qui permet aux assistés sociaux de recevoir gratuitement les soins médicaux requis.

Toutefois, malgré une amélioration sensible de l'état de santé des québécois, de nombreux observateurs constatent qu'il subsiste toujours des écarts significatifs selon divers groupes de la population. On note également une croissance très rapide des coûts des services de santé et la persistance d'un écart entre la répartition des ressources et les besoins de la population, par exemple le peu de ressources pour les personnes âgées.

En 1967, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social est mise sur pied. En 1970, la Loi de l'assurance-maladie et la Loi de la Régie de l'assurance-maladie permettent l'accessibilité financière et sociale aux soins.

En 1971, suite aux recommandations de la Commission d'enquête, le gouvernement adoptait une politique de santé dont les principes fondamentaux se retrouvent énoncés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux:

---

[1] Stephen, I., Janes, G. *The Health of Canadians:* Report of *the Canada Health Survey*, Cat. 82-538E, Ottawa, 1981.

[2] Le groupe services-formation, *Étude de l'adéquation entre les besoins de santé de la population québécoise, l'exercice de la profession infirmière et la formation à cette profession*, Montréal, 1981, p. 18.

[3] D.G.E.S. *Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières*, ministère de l'Éducation, Éd. L'Éditeur officiel du Québec, 1980, p. 38-39.

«Le ministre exerce les pouvoirs que la présente Loi lui confère de façon:

a) à améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes;

b) à rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;

c) à encourager la population et les groupes qui s'y forment à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements de façon à assurer leur dynamisme et leur renouvellement;

d) à mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et à répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible;

e) à favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population;

f) à promouvoir la recherche et l'enseignement.»[1]

Concrètement, nous assistons à la création du ministère des Affaires sociales qui regroupe les anciens ministères de la santé et de la famille et du bien-être. D'autres lois viennent compléter l'encadrement des réformes dans le secteur de la santé et des services sociaux, telles: la Loi de la protection de la santé publique, la Loi de la protection du malade mental, la Loi sur la santé et la sécurité au travail, etc...

L'ensemble de cette politique favorise le recours aux modes alternatifs de traitement et le transfert des ressources de la restauration vers la réadaptation et la prévention. Elle stimule des possibilités de traitements autres, c'est-à-dire les centres de jour, cliniques externes, soins à domicile et services ambulatoires.

Selon les objectifs et prévisions du ministère des Affaires sociales, pour les soins de santé, l'accent doit progressivement se déplacer des services de soins curatifs vers les services communautaires et l'amélioration en quantité et qualité des soins psychiatriques, et de réadaptation physique. Les éléments novateurs se situent au niveau d'activités de prévention, de réadaptation, de promotion de la santé et de décentralisation des services.

Finalement, les programmes de soins et de services dans le milieu naturel des bénéficiaires deviennent des priorités (domicile, école, milieu de travail) avec un objectif de prise en charge par l'individu et la famille.

D'autre part, le Code des professions et les différentes lois sur les professions viennent modifier la responsabilité sociale de celles-ci. Dorénavant, la fonction principale des professions de la santé sera de protéger le public; pour y parvenir, les corporations et les ordres professionnels doivent favoriser l'accessibilité physique et financière à leurs services (pour faciliter l'accessibilité aux services professionnels, le gouvernement peut contraindre les corporations à pratique exclusive à déléguer certains actes à d'autres catégories de professionnels) et contrôler la qualité technique des actes professionnels posés par leurs membres.

La politique sociale actuelle reflète donc l'aboutissement d'une longue évolution dans les secteurs de la santé et des services sociaux, sous-tendue par les principes de l'égalité des chances et l'accessibilité universelle.

Dans le domaine de la santé, elle suppose l'élaboration d'un réseau de distribution de soins et de services et le droit des personnes à recevoir des services de qualité, faciles d'accès, efficaces et continus. Elle implique également une modification des pratiques professionnelles.

Le système de santé s'est en effet réalisé en implantant des établissements, offrant toute la gamme des services:* des services préventifs, des services curatifs et des services d'accueil, d'hébergement et de réadaptation.

Le nouveau système de distribution de soins repose sur l'identification de niveaux de soins requis par la population tout en mettant l'accent sur la continuité et la globalité des soins:

— les soins personnels: ceux-ci sont la base du système et constituent le champ privilégié de la prévention, c'est la population qui doit s'en charger;

[1] *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., 1977, A. S-5, article 3.

* Afin d'obtenir un résumé de la structure des services de santé au Québec, consulter l'annexe I.

— les soins de première ligne ou soins généraux: ils constituent la porte d'entrée du système; on y évalue les patients, donne les soins d'urgence, assure les soins primaires, globaux, personnels et continus, dirige les patients vers les services spécialisés, assure la relance. Ils comptent pour 80% des soins et sont offerts à une population restreinte et peu mobile; c'est à ce niveau qu'il importe d'amener les individus et les groupes à prendre en charge leur santé, donc à diminuer leur dépendance vis-à-vis les professionnels de la santé et du système;

— les soins spécialisés: ils sont dispensés par les internistes, les chirurgiens généraux, les obstétriciens-gynécologues, les pédiatres, les paramédicaux;

— les soins ultra-spécialisés: ils comprennent des équipements de haute technicité, par exemple dans les unités de chirurgie cardiaque, les unités de grands brûlés, etc.

«L'objectif général du système de soins peut se résumer ainsi: fournir à toute la population, quelles que soient ses caractéristiques socio-économiques, tous les services qu'elle requiert; s'assurer que les services soient de la meilleure qualité possible; et utiliser au mieux les ressources disponibles dans une organisation qui satisfasse les professionnels et la population.»[1]

Somme toute à ce jour, vis-à-vis les services dispensés à la population, l'accessibilité est considérée comme généralement bonne, la globalité* comme insuffisante alors que la continuité** n'est pas favorisée: en effet, dans le système actuel, le travail multidisciplinaire est peu pratiqué et on note un manque de cohérence entre les différentes catégories de services; de plus, on constate une orientation très marquée vers le curatif.

En résumé, nous pouvons donc affirmer que depuis le Rapport Castonguay-Nepveu, nous tentons de passer d'une médecine parcellaire, spécialisée, individuelle et curative vers une médecine plus globale, plus sociale et plus préventive qui saurait mieux répondre aux besoins de la population.

1.3 Les orientations actuelles du ministère des Affaires sociales (M.A.S.):

Pour la conjoncture économique actuelle, les nouvelles politiques, en matière de santé, soulignent à la fois la nécessité d'améliorer la qualité des services et de diminuer les coûts.

Pour atteindre ces objectifs, on prévoit transférer des budgets du secteur curatif aux secteurs préventifs et de réadaptation. Donc, si le secteur hospitalier est de loin la composante majeure des services de santé au Québec, on ne devrait toutefois pas y consacrer les investissements les plus importants au cours des prochaines années; bien au contraire, on veut réduire le nombre et la durée des hospitalisations tout en privilégiant l'universalité du droit à des services adaptés, continus et de qualité.

Ainsi, face aux besoins croissants des personnes âgées, des malades chroniques, des handicapés et des malades mentaux, le développement du réseau devra s'orienter vers la substitution de nouveaux modes d'organisation; on favorisera l'accessibilité à des ressources externes et de transition pour le traitement et la réinsertion sociale des malades et le développement des services communautaires.

On pousse donc la croissance des ressources légères, préventives et curatives, tels les soins à domicile, les centres de jour et foyers de groupe... dans l'optique de minimiser le recours aux services lourds, tels l'hospitalisation et le placement en centre hospitalier ou de réadaptation. Cette réorganisation devrait favoriser la continuité des services entre l'hospitalisation et l'hébergement ou les soins à domicile.

«En d'autres termes, on devrait pouvoir observer comme conséquence de cet effort de prévention, de réadaptation et de recherche de modes de distribution plus appropriés, une nécessité moins grande d'avoir recours aux consultations externes des centres hospitaliers de courte durée ou encore simplement une diminution de la durée de séjour à l'hôpital.»[2]

---

[1] Rapport du Comité sur la rémunération des professionnels de la santé au Québec, *Le système des honoraires modulés*, 1980, p. XVII.

* globalité: gamme complète des services (prévention, cure, réadaptation) à l'endroit le plus approprié (cabinet, domicile, établissement); et orientation vers la prévention auprès d'individus et de populations.

** continuité: interaction cohérente entre les différents professionnels pour que la prise en charge de l'individu soit assurée à tout moment.

[2] M.A.S., *Cadre de référence pour l'adaptation des ressources aux priorités*, Plan de développement des ressources en santé, Première partie, Québec 1978, p. 10.

D'autre part, l'évolution de la technologie médicale devrait également contribuer à la réduction de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.).

> *«Des expériences suggèrent que 20% des interventions chirurgicales peuvent être faites dans un contexte de* «chirurgie d'un jour». Pour d'autres interventions plus complexes, la durée de séjour peut être considérablement réduite dans la mesure où le malade peut recevoir des visites de contrôle en consultations externes ou à domicile. Enfin, des progrès technologiques tels que l'apport de la médecine nucléaire et de la tacographie au diagnostic et au traitement peuvent contribuer, si elles sont utilisées à cette fin, à une réduction de l'hospitalisation.» [1]

Ainsi, face aux besoins de santé de la population et à la problématique générale sous-tendue par la politique de santé au Québec, le M.A.S., par les différents programmes qu'il structure, vient répondre à des besoins particuliers. Ici, certains secteurs privilégiés sont identifiés: santé au travail, soins à domicile, prévention... et certains groupes considérés comme prioritaires: personnes âgées, malades chroniques, handicapés, travailleurs dans leur milieu de travail...

Dans son mémoire remis au Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, le M.A.S. indique les deux grands principes qui orientent son action:

> «1. *Une orientation graduelle des services de santé vers la prévention qui tienne compte autant des aspects biologiques, psychologiques et sociaux que de l'environnement.*
>
> 2. *Une orientation graduelle des services sociaux vers la promotion de l'autonomie des individus dans leur milieu et le développement du sens des responsabilités individuelles et collectives.*
>
> *... Le ministère continuera d'être présent auprès des jeunes en milieu scolaire, en leur assurant les services de première ligne et en secondant le personnel enseignant, en matière de prévention et d'éducation sanitaire. Comme suite à la Loi sur la santé et la sécurité au travail, le ministère intensifiera sa présence auprès des travailleurs dans leur milieu de travail.*
>
> *L'implantation des C.L.S.C. se poursuivra de façon plus rigoureuse et plus cohérente, suite à l'expérience des années antérieures, afin que leur rôle de complémentarité, face aux autres établissements du réseau, soit mieux assumé.*
>
> *... Enfin, l'importance donnée à la promotion de la santé se manifestera d'une façon au moins tout aussi grande. L'accent continuera d'être mis sur l'éducation et l'information populaire.»* [2]

Donc, tout en favorisant le maintien de l'accessibilité à des soins de qualité, le M.A.S. favorise un rôle élargi sur la communauté. L'action sanitaire a donc été appelée à s'orienter vers une action globale et vers des préoccupations autant de prévention primaire que secondaire et tertiaire.

Malgré des contraintes certaines à la réalisation des objectifs de promotion de la santé, comme par exemple, le taux de croissance des dépenses, l'on constate qu'il est toujours dans l'intention formelle du M.A.S. de parachever le réseau des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) (le nombre devrait atteindre 160), dont le rôle se précise avec les années:

> *«Desservant un territoire bien délimité, le district, le C.L.S.C. vise, par une approche globale, multidisciplinaire et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté; il vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution. C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés particulièrement sur la prévention qui s'adressent à la communauté.»* [3]

Ce réseau vise à offrir des services de base accessibles dans le milieu de vie, afin de minimiser le recours à des services spécialisés et dans le but de favoriser une vie à domicile satisfaisante. Dans ce sens, on assiste présentement à une réorganisation des services à domicile où des équipes multidisciplinaires devraient assumer la fonction de soins à domicile.

---

[1] Ibid, p. 12.

[2] M.A.S., *Mémoire au Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières*, Mars 1980, p. 2-3.

[3] M.A.S., *Le réseau des C.L.S.C. au Québec: un parachèvement qui s'impose*, Politique du ministère des Affaires sociales, Éd. min. des Communications, Québec 1981, p. 1.

Ici, le réseau des services à domicile devrait être à même de répondre autant aux demandes des centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) et de soins prolongés (C.H.S.P.) pour les clientèles pré et post opérées ou convalescentes qu'aux demandes des clientèles du territoire. Toutefois, lorsque des besoins particuliers se feraient sentir, tels des soins spécialisés et de réadaptation, les clientèles seraient transférées à des ressources complémentaires.

Ces nouvelles orientations nécessitent par le fait même de nouvelles attitudes chez les professionnels de la santé. En effet, la pratique dans ce secteur doit nécessairement être réorientée vers le maintien et l'amélioration de la santé et non seulement du traitement de la maladie; le travail en équipe multidisciplinaire devient ici indispensable dans l'optique de satisfaire la variété des besoins de la clientèle.

D'autre part, afin d'amener les individus à dépendre moins du système, donc à prendre en charge leur santé, plusieurs analystes ont souligné la nécessité de remettre en question la traditionnelle relation d'autorité entre le professionnel de la santé et le bénéficiaire, comme par exemple: en facilitant à ce dernier la possibilité de faire des choix.

Ici, l'approche globale multidisciplinaire et communautaire devrait rétablir l'équilibre entre l'aspect prévention, protection, promotion de la santé et l'aspect lutte contre la maladie et ainsi réduire les coûts reliés à l'hospitalisation tout en améliorant la qualité des services.

2. La pratique infirmière:

2.1 Le statut légal de la pratique infirmière:

Même si déjà en 1946, la Loi des infirmières du Québec reconnaissait aux membres de l'Association des infirmières le monopole de l'exercice de leur profession, dans les faits, et jusqu'à ces dernières années, les infirmières étaient traditionnellement identifiées comme les assistantes du médecin.

Toutefois, suite à la Commission Castonguay-Nepveu, plusieurs changements, au plan législatif, sont venus modifier la pratique infirmière.

En 1973, avec la nouvelle législation professionnelle, les infirmières sont maintenant reconnues comme des professionnelles autonomes agissant en collaboration avec les autres professionnels de la santé dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de santé.

Le code des professions établit alors l'exclusivité de ce champ d'exercice au même titre que le champ de la médecine, de la dentisterie et de dix-huit autres professions. Le législateur reconnaît enfin les soins infirmiers comme une discipline de la santé, avec un ensemble de connaissances et de techniques propres, la distinguant clairement des autres disciplines de la santé. S'appuyant sur la nouvelle politique socio-sanitaire du Québec, on formule aux articles 36 et 37 de la Loi des infirmières et infirmiers une nouvelle définition de la profession:

> *«Constitue l'exercice de la profession infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnels, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance.»*
>
> *«L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire.»*

De plus, pour favoriser une meilleure distribution des services professionnels et une adaptation constante de ceux-ci aux besoins de la population, le législateur établit un mécanisme qui oblige certaines corporations à pratique exclusive, dont celle des médecins et celle des infirmières et infirmiers, à déléguer par règlement certains actes exclusifs à d'autres personnes, sous certaines conditions. Ce mécanisme de délégation d'actes ne délimite pas de façon définitive les pratiques professionnelles, mais précise le statut juridique d'un certain nombre d'actes.

En effet, depuis le 11 juin 1980, en vertu du règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale, les infirmières peuvent poser certains actes médicaux. De la même façon, le législateur reconnaît à d'autres catégories de travailleurs de la santé le droit d'exercer certaines activités pouvant être exclusives aux infirmières: en vertu du règlement concernant les actes visés à l'article 36 de la Loi des infirmières et infirmiers, les infirmières-auxiliaires, les puéricultrices et les garde-bébés peuvent exécuter certains actes infirmiers.

Toutefois, il est certainement trop tôt pour évaluer l'impact de ces règlements sur le partage des responsabilités professionnelles.

Récemment, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.) a pour sa part procédé à l'élaboration d'une définition et de normes de pratique infirmière, dans le but d'améliorer la qualité des soins infirmiers.

> *«Règle générale, la pratique infirmière peut être définie comme une relation d'aide marquée par le dynamisme et le souci d'autrui, relation à l'intérieur de laquelle l'infirmière aide le client à atteindre et à conserver le meilleur état de santé possible. L'infirmière réalise cet objectif par l'application de connaissances et d'habiletés tirées du domaine infirmier et des domaines connexes, en se servant de la démarche scientifique dont la substance est elle-même déterminée par un modèle conceptuel propre à la profession d'infirmière.»*[1]

Les quatre normes retenues s'énoncent comme suit:*

1. La pratique infirmière exige qu'un modèle conceptuel propre à la profession d'infirmière soit le fondement de la partie indépendante de cette pratique;
2. la pratique infirmière exige l'utilisation efficace de la démarche scientifique comme méthode de travail dans l'exercice des fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes de la pratique infirmière;
3. la pratique infirmière exige que la relation d'aide caractérise les rapports client-infirmière;
4. la pratique infirmière exige que les infirmières assument des responsabilités professionnelles à l'intérieur de leurs fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes.

2.2 La composition de l'équipe de soins infirmiers:

Comme le souligne le Comité, l'équipe de soins infirmiers est globalement composée de trois catégories d'intervenants:

— les aides et préposés au premier niveau de soins; ils représentent 31,8% de la main-d'oeuvre. Après avoir reçu une formation en cours d'emploi, ils dispensent certains soins d'hygiène et de confort aux bénéficiaires mais ne posent aucun acte infirmier exclusif;

— les infirmières-auxiliaires, les puéricultrices et les garde-bébés forment la deuxième catégorie avec 18,2% de la main-d'oeuvre; elles administrent aux bénéficiaires un ensemble de procédés diagnostiques, thérapeutiques, préventifs et certains actes infirmiers et médicaux qui leur sont délégués. Elles reçoivent une formation professionnelle de base en soins, en milieu scolaire;

— les infirmières constituent la majorité de la main-d'oeuvre avec une proportion de 50,0%; après une formation professionnelle de base en soins infirmiers, de niveau collégial ou universitaire, et la réussite aux examens de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, leur donnant accès au permis d'exercice, elles administrent les soins infirmiers requis par les bénéficiaires.

Toutefois, selon la complexité et la variété des tâches à accomplir, il existe dans les unités de soins, une grande variété de modèles d'équipe de soins infirmiers. Celles-ci sont généralement composées de ces trois catégories de personnel mais dans des proportions variées, allant de l'équipe composée uniquement d'infirmières autorisées à l'équipe ne comptant que des aides et préposés avec pour seule infirmière, le chef d'unité.

Rappelons, ici, que l'organisation des soins a été grandement remise en cause par le Comité pour qui une très grande critique formulée est liée au nombre de personnes et à la diversité du personnel impliqué directement auprès du malade, ce qui entraîne une fragmentation des soins.

Une autre confusion viendrait de la duplication des tâches: ici, les infirmières, indépendamment de leur niveau de formation, sont souvent appelées à exécuter les mêmes tâches avec un niveau de responsabilité identique. La répartition des tâches varie cependant d'un type d'établissement à l'autre, et aussi à l'intérieur d'un même type d'établissement.

D'après le Comité,

> *«En effet, dans le soin au chevet, on rencontre deux infirmières types: l'une qui a reçu sa formation à l'université (infirmière du «baccalauréat de base») et l'autre, au CEGEP (infirmière cégepienne). Toute les deux sont*

[1] A.I.I.C., *Définition de la pratique infirmière. Normes de la pratique infirmière.* Ottawa, 1980, p. 7.

* Afin d'obtenir la description des normes, consulter l'annexe II.

éligibles au droit de pratique par le biais des examens de la corporation professionnelle et de plus, peuvent accéder aux mêmes postes. Au niveau des soins, aucune fonction n'est réservée spécifiquement à l'infirmière de formation universitaire. En outre, même si on peut présumer, compte tenu du degré de scolarisation avancé de cette infirmière, que les soins qu'elle prodigue soient meilleurs, il n'y a cependant pas d'étude comparative qui puisse le prouver.

Autre preuve à l'appui de la duplication, c'est la co-existence de l'infirmière et de l'auxiliaire, sujet qui a fait couler beaucoup d'encre.»[1]

2.3 Le milieu de travail:

Les Rapports annuels de l'Office des professions du Québec, pour les années 1979-80, 1980-81, nous révèlent que: hormis le déclin de l'année 1978-79, il y a une augmentation constante et significative du nombre de membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il convient toutefois de noter qu'il s'agit d'un Ordre d'exercice exclusif dont le rapport professionnel/population va décroissant à un rythme rapide avec les années. (Tableau 1).

Malgré ce fait, nous constatons qu'il n'y a qu'une faible proportion des membres exerçant à l'intérieur du Québec en 1980, soit moins de 1%. En soins infirmiers, comme dans les autres secteurs d'activité, il y a concentration des professionnels dans les zones urbaines, en particulier dans Montréal (06) et Québec (03).

À la section 4.2, le Comité résume les principales données sur l'infirmière dans son milieu de travail, pour l'année 1979-80. Il relève que la grande majorité des infirmières, c'est-à-dire 83% d'entre elles travaillent en milieu institutionnel avec 80,5% dans les centres hospitaliers de soins généraux ou spécialisés. On y enregistre une augmentation de l'effectif en psychiatrie, en gériatrie et dans les soins à long terme et une diminution en pédiatrie, des caractéristiques qui répondent parfaitement avec l'évaluation des besoins en santé du chapitre I.

Les infirmières des centres d'accueil, qui ne représentent que 5,6% de l'effectif, interviennent à 76,5% en hébergement et 20,6% en réadaptation; elles pratiquent à 69,2% auprès des personnes âgées et 11,8% auprès des handicapés.

Les intervenants en santé communautaire qui totalisent 8,9% du personnel infirmier sont répartis à 55,4% dans les départements de santé communautaire (D.S.C.), 23,6% dans les C.L.S.C. et 14,2% dans l'industrie. Leurs principaux centres d'activité sont: la santé scolaire avec 28,1% de l'effectif, les soins à domicile avec 18,0%, la périnatalité avec 14,7% et l'hygiène au travail avec 13,8%.

[1] D.G.E.S. *Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières*, Ministère de l'Éducation, l'Éditeur officiel du Québec, 1980, p. 56.

Tableau I:

a) L'évolution des membres de la Corporation des infirmières et infirmiers du Québec, de mars 1975 à mars 1980

	1975	1976	1977	1978	1979	1980
1. Évolution du nombre de membres	38 209	40 996	43 067	44 213	43 249	47 476
2. Taux de variation en pourcentage	—	7,3	5,1	2,7	-2,2	9,8
3. Rapport population par professionnel	162	152	146	142	146	134

Source: Extraits des Rapports annuels 1979-1980 et 1980-1981 de l'Office des professions du Québec.

b) Les membres exerçant au Québec et à l'extérieur du Québec, au 31 mars 1980

Membres exerçant au Québec		Membres exerçant à l'extérieur du Québec	
Nombre	**Pourcentage (%)**	**Nombre**	**Pourcentage (%)**
47 028	99,1	448	0,9

c) La répartition des membres par région administrative, au 31 mars 1980

	Nombre	**Pourcentage (%)**
Bas St-Laurent Gaspésie (01)	1 834	3,9
Saguenay-Lac-St-Jean (02)	2 304	4,9
Québec (03)	9 205	19,6
Trois-Rivières (04)	3 084	6,6
Cantons de l'Est (05)	2 301	4,9
Montréal (06)	25 228	53,6
Outaouais (07)	1 314	2,8
Nord-Ouest (08)	911	1,9
Côte-Nord (09)	847 (10)	1,8 (10)
Nouveau-Québec (10)	(09)	0,0
Total:	**47 028**	**100,0 %**

Source: Extraits des Rapports annuels 1979-1980 et 1980-1981 de l'Office des professions du Québec.

De son côté, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.), comparant les données de 1980-81 avec celles de l'année précédente, arrive aux conclusions suivantes:

> *«... on remarque que le nombre d'infirmier(e)s des centres hospitaliers a diminué de 1,5% (soit environ 535 intirmier(e)s), il en est de même dans le domaine de la santé communautaire où cette diminution a été de 3,0% (124 infirmier(e)s). Cependant, la plus forte baisse (en %) a été enregistrée pour le domaine de la formation professionnelle avec 9,3% des effectifs (soit 177 infirmier(e)s).*
>
> *Les centres d'accueil sont les seuls établissements de santé où le nombre d'infirmier(e)s a augmenté. Cette augmentation a été de 1,8%.*
>
> *En ce qui concerne les centres hospitaliers, la plus forte baisse des effectifs a été enregistrée dans les centres hospitaliers de soins spécialisés avec 5,5%. Pour les centres hospitaliers de soins ultra-spécialisés, cette baisse a atteint 4,8% en 1980-81. Pour les autres centres, il y a eu de légères augmentations.*
>
> *En ce qui concerne le domaine de la santé communautaire, bien que le nombre d'infirmier(e)s oeuvrant dans les C.L.S.C. ait augmenté de 3,2%, celui des infirmières oeuvrant dans les D.S.C. a diminué de 6,9%.*
>
> *Dans les centres d'accueil, les fluctuations les plus importantes ont été enregistrées dans les centres d'hébergement où l'on enregistre 4,0% d'augmentation du nombre d'infirmier(e)s et dans les centres de réadaptation avec une diminution de 26,6%.»*[1]

En regard de l'ensemble des établissements de santé du Québec, les centres hospitaliers (C.H.) constituent le principal employeur avec environ 80% du total de la main-d'oeuvre engagée. Le domaine de la santé communautaire occupe la seconde place avec 9,1% du total, en 1981. (Tableau II)

Nous constatons la vocation multiple de plusieurs centres hospitaliers. Certains sont à la fois des centres de première ligne, de soins généraux et de soins spécialisés. De même 45% de ceux-ci dispensent à la fois des soins de courte et de longue durée. (Tableau III)

Considérant la proportion d'infirmières en regard de l'ensemble du personnel, nous savons qu'elles représentent environ 20% de l'effectif.

D'après les données du M.A.S. de 1979 qui analysent la répartition des équivalents temps plein (E.T.P.), nous constatons que les deux types d'éta-

[1] O.I.I.Q. *Statistiques. Population infirmière au 31 mars 1981.* Montréal 1981, p. 9.

Tableau II:

Le nombre et le pourcentage de membres selon le milieu de travail, Québec 1981

Milieu de travail	Nombre	% selon chaque milieu	% du total
Centres hospitaliers: TOTAL	**35 765**	**100,00**	**80,65**
de soins généraux	19 293	53,94	43,51
de soins spécialisés	9 495	26,55	21,41
de soins ultra-spécialisés	2 572	7,19	5,80
de soins pour convalescents	406	1,14	0,92
de soins pour malades à long terme	3 999	11,18	9,02
Centres d'accueil: TOTAL	**2 669**	**100,00**	**6,02**
d'hébergement	2 086	78,13	4,70
de réadaptation	508	19,04	1,15
de transition	56	2,11	0,13
garderies	19	0,72	0,04
Domaine de la santé communautaire: TOTAL	**4 037**	**100,00**	**9,10**
D.S.C.	2 146	53,17	4,84
C.L.S.C.	1 013	25,09	2,28
Industrie	612	15,15	1,38
Autres	266	6,59	0,60
Centre de réadaptation fonctionnelle: TOTAL	**148**	**100,00**	**0,33**
Domaine de la formation professionnelle: TOTAL	**1 727**	**100,00**	**3,89**
polyvalentes	276	15,98	0,62
collèges	1 093	63,27	2,47
universités	159	9,20	0,36
centres hospitaliers	135	7,83	0,30
centres d'accueil	28	1,63	0,06
autres	36	2,09	0,08
TOTAL GÉNÉRAL*	**44 346**	—	**100,00**

* **Source:** O.I.I.Q., *Statistiques — Population infirmière au 31 mars 1981*, Montréal 1981, p. 3.

Tableau III:

Les établissements de santé et de services sociaux et de leurs employés selon la catégorie et la classe-type au 5 avril 1978.

Catégorie	Classe-type	Établissements		Employés	
		Nombre	%	Nombre	%
01 CLSC (exclusif)		61	3,6	2 077	1,1
04 C.H. (exclusif)	Courte durée	40	2,4	13 249	7,0
05 C.H. (exclusif)	Soins prolongés	73	4,3	10 027	5,3
06 C.H. (exclusif)	Courte durée et soins prolongés	82	4,9	65 240	34,4
07 CH CA	Courte durée	3	0,2	1 757	0,9
08 CH CA	Soins prolongés	16	0,9	6 340	3,3
09 CH CA	Courte durée et soins prolongés	23	1,4	25 858	13,6
10 CH CLSC	Courte durée	1	0,1	34	0,0
11 CH CLSC	Soins prolongés	3	0,2	164	0,1
12 CH CLSC	Courte durée et soins prolongés	3	0,2	666	0,4
15 CH CA CLSC	Courte durée et soins prolongés	1	0,1	275	0,1
16 CSS		56	3,3	2 320	1,2
17 C.A. (exclusif)	Garderie	378	22,4	1 368	0,7
18 C.A. (exclusif)	Transition	32	1,9	478	0,3
19 C.A. (exclusif)	Réadaptation	253	15,0	11 271	5,9
20 C.A. (exclusif)	Hébergement	616	36,5	12 173	6,4
21 C.A. (exclusif)	Réadaptation et hébergement	2	0,1	342	0,2
22 CA CH	Transition	3	0,2	5 102	2,7
23 CA CH	Réadaptation	8	0,5	5 899	3,1
24 CA CH	Hébergement	28	17,0	16 222	8,6
25 CA CH	Réadaptation et hébergement	4	0,2	8 232	4,3
26 CA CH CLSC	Hébergement	1	0,1	275	0,1
Total		**1 687**		**189 469**	**100,0**

Source: Lahaye, J., *La planification de la main-d'oeuvre du réseau des affaires sociales du Québec:* quelques considérations. M.A.S., Service de planification et de développement de la main-d'oeuvre, Québec, 1980, p. 29.

blissements où l'infirmière enregistre des proportions supérieures à la moyenne, sont les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) avec 25,9% du personnel composé d'infirmières et les C.L.S.C. avec 19,4%. (Tableau IV)

Considérant le nombre d'infirmières (infirmière-chef, infirmière) et celui des infirmières-auxiliaires, nous retrouvons que d'une façon générale, deux fois plus d'infirmières que d'infirmières-auxiliaires dans l'ensemble des établissements de santé. (Tableau V)

Dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.), le rapport nombre d'heures infirmières/ nombre d'heures infirmières-auxiliaires est de 2,65, celui des centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.) de 1,23, alors que dans les centres hospitaliers divers, il est de 1,88. Soulignons toutefois que ces données ne constituent pas une règle pour le Québec, puisque ce rapport varie d'une région à l'autre et d'un établissement à l'autre.

Pour l'auteur, dans le centre hospitalier de soins prolongés (C.H.S.P.):

> *«De par la nature même du travail à exécuter, le personnel infirmier n'a pas à posséder globalement des qualifications aussi importantes que dans les C.H. de soins de courte durée où le roulement de la clientèle, la complexité des cas et le nombre d'actes devant être posés par une infirmière licenciée sont plus élevés.»*[1]

[1] M.A.S., Version préliminaire. *Étude du rapport entre le nombre d'heures rémunérées aux infirmières et le nombre d'heures rémunérées aux infirmières-auxiliaires, 1980, p. 26.*

Tableau IV:

Les équivalents temps pleins totaux et les équivalents temps plein infirmiers dans les établissements de santé, Québec, 1979.

Établissements	Nombre ETP		Rapport ETP infirmier/ ETP total	Pourcentage	
	Total	Infirmier	%	Total	Infirmier
01 C.H. courte durée	78 358	20 238	25,9	58,9	81,1
02 C.H. soins prolongés	10 814	1 246	11,5	8,1	5,0
03 C.H. divers	10 039	1 159	11,5	7,5	4,6
Sous-total C.H.	99 211	22 643	22,8	74,6	90,7
05 C.A. transition	462	12	2,6	0,3	0,1
06 C.A. réadaptation	9 920	296	3,0	7,5	1,2
07 C.A. hébergement	9 297	584	6,3	7,0	2,3
Sous-total C.A.	19 679	892	4,5	14,8	3,6
08 C.L.S.C.	3 255	630	19,4	2,4	2,5
09 C.S.S.	4 978	8	0,2	3,7	0,0
15 C.H. privés	2 994	530	17,7	2,3	2,1
16 C.A. privés	2 941	256	8,7	2,2	1,0
TOTAL	**133 059**	**24 959**	**18,9**	**100,0**	**100,0**

Source: M.A.S. *Statistiques concernant les salariés de niveau syndicable du secteur des affaires sociales, période du 1er janvier 1979 au 31 décembre 1979.* Direction générale des relations de travail, 1981, p. 22.

Tableau V:

a) Nombre total d'heures rémunérées du personnel des soins infirmiers selon le statut et la région. Centres hospitaliers de soins de courte durée (publics)

Région	Nombre de CH	Nombre d'heures infirmières (A)	Nombre d'heures infirmières-aux. (B)	Rapport A/B
01	8	1 454 442	666 619	2,18
02	8	2 015 881	1 372 225	1,47
03	25	7 182 181	2 654 536	2,71
04	10	2 378 325	1 404 450	1,69
05	8	2 217 548	845 595	2,62
06A	31	17 334 413	4 462 689	3,90
06B	6	1 388 932	623 699	2,23
06C	9	2 707 574	1 312 492	2,06
07	7	868 427	448 507	1,94
08	9	887 963	561 878	1,58
09	8	650 587	386 933	1,68
11	1	24 144	3 796	6,36
12	1	35 195	9 425	3,73
Total	**131**	**39 146 012**	**14 752 844**	**2,65**

Source: M.A.S., *Version préliminaire, Etude du rapport entre le nombre d'heures rémunérées aux infirmières et le nombre d'heures rémunerées aux infirmieres-auxiliaires*, 1980, p. 3.

Tableau V:

b) Nombre total d'heures rémunérées du personnel des soins infirmiers selon le statut et la région. Centres hospitaliers de soins prolongés (publics)

Région	Nombre de CH	Nombre d'heures infirmières (A)	Nombre d'heures infirmières-aux. (B)	Rapport A/B
01	2	101 601	159 636	0,64
02	1	31 199	98 568	0,32
03	8	402 897	436 858	0,92
04	4	193 477	301 723	0,64
05	3	193 545	92 012	2,10
06A	20	1 432 013	876 710	1,63
06B	2	70 029	45 177	1,55
06C	1	269 156	164 290	1,60
07	7	55 082	29 144	1,89
08	1	32 990	59 632	0,55
09	—	—	—	—
11	—	—	—	—
12	—	—	—	—
Total	**49**	**2 781 989**	**2 263 750**	**1,23**

Source: Ibid, p. 14.

Tableau V:

c) Nombre total d'heures rémunérées du personnel des soins infirmiers selon le statut et la région. Centres hospitaliers — divers (publics)

Région	Nombre de CH	Nombre d'heures infirmières (A)	Nombre d'heures infirmières-aux. (B)	Rapport A/B
01	—	—	—	—
02	1	28 873	74 929	0,39
03	3	995 753	612 216	1,63
04	1	113 662	64 266	1,77
05	—	—	—	—
06A	3	1 555 782	648 079	2,40
06B	—	—	—	—
06C	—	—	—	—
07	1	190 816	132 056	1,44
08	—	—	—	—
09	—	—	—	—
11	—	—	—	—
12	—	—	—	—
Total	**9**	**2 884 886**	**1 531 546**	**1,88**

Source: Ibid, p. 21.

D'une façon générale, les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) engagent plus d'infirmières, alors que les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.) et les centres d'accueil d'hébergement (C.A.H.) engagent davantage des infirmières-auxiliaires.

Mais de l'ensemble de ces données, nous constatons une diminution du nombre d'effectifs dans les centres hospitaliers (C.H.) et une augmentation dans les centres d'accueil (C.A.) et les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), ce qui viendrait confirmer la réorientation de l'ensemble du personnel vers le milieu extra-hospitalier.

2.4 Le niveau actuel de formation:

En 1969, la Commission Hall proposait que 25% des infirmières aient une formation de niveau universitaire. De son côté, le Comité constate que 57,8% des infirmières ont une formation additionnelle à leurs cours collégial en techniques infirmières en 1979, mais que seulement 9,4% des infirmières possèdent un grade de premier ou de deuxième cycle. Le recours à une formation complémentaire à la formation initiale est donc très répandu chez les infirmières.

En effet, un grand nombre de diplômées professionnelles en soins infirmiers, à la fin de leurs études ou après quelques années d'expérience, ont senti le besoin d'entreprendre un programme universitaire.

Les plus qualifiées, c'est-à-dire celles ayant obtenu un grade universitaire travaillent principalement dans les centres ultra-spécialisés, soit aux soins intensifs, en hémodialyse et en pédiatrie; celles possédant un certificat ou une attestation postbase en hémodialyse et en psychiatrie, alors que le plus fort pourcentage d'infirmières avec maîtrise se retrouve en psychiatrie. Mais,

> *«Les centres de santé communautaire sont les établissements qui emploient le plus d'infirmières ayant une formation de niveau universitaire dans le secteur de la santé. En effet, on retrouve dans ces centres 79,8% des infirmières qui ont une formation postcollégiale par rapport à 53,6% dans les centres hospitaliers et 57,9% dans les autres institutions.»* [1]

De plus, 33,5% des infirmières qui occupent des postes de directeur de soins ou de directeur-adjoint n'ont qu'une formation de base, avec seulement 19,5% des directeurs de soins qui détiennent un premier cycle universitaire, formation pourtant exigée pour le poste.

[1] D.G.E.S., *Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières*, 1980, p. 48.

Dans son document statistique de 1979-80, l'O.I.I.Q. remarque que dans les centres hospitaliers (C.H.), les membres occupant des postes cadres représentent 11,9% du total, ceux des centres d'accueil (C.A.) 34,0% et ceux des C.L.S.C. 23,7%.

D'une façon générale, les postes cadres sont occupés par des infirmières de niveau universitaire à 34,7% dans les centres d'accueil (C.A.), 42,1% dans les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.), 45,6% dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) et 50,9% en santé communautaire.

Les postes non-cadres sont occupés à environ 75,0% par des diplômés de niveau collégial dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.), les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.) et les centres d'accueil (C.A.), alors que cette proportion n'atteint que 46,0% en santé communautaire.

Dans le domaine de la formation professionnelle, (Tableau VI) 3,9% des membres sont des infirmiers. 15,9% des infirmières enseignent dans les polyvalentes, contre 62,9% dans les collèges et 9,5% à l'université.

49,2% des infirmières oeuvrant dans les collèges ont un baccalauréat ou plus, alors que 28,7% de celles enseignant à l'université possèdent un baccalauréat, seulement 53,5% ont une maîtrise et 1,3% un doctorat.

Dans les centres hospitaliers, 37,9% des chargés de formation ont un baccalauréat ou une maîtrise alors que dans les centres d'accueil, ce pourcentage atteint 50%.

2.5 Le rôle de l'infirmière

Nous avons constaté précédemment, que le personnel infirmier* (infirmière licenciée, infirmière-auxiliaire et préposé) est appelé à travailler dans des milieux d'intervention très diversifiés...

Dans cette section, nous tentons d'identifier et de préciser ses postes actuels de travail et ceux qu'il pourrait éventuellement occuper pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie de la population québécoise.

Nous regroupons, ici, les interventions du personnel infirmier en deux catégories: celles en milieu institutionnel, et celles en milieu communautaire.

2.5.1 *Le milieu institutionnel:*

2.5.1.1 Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants:

— Soins de chevet dans des unités de soins courants

(médecine, chirurgie, gynécologie, obstétrique, pédiatrie, psychiatrie...) *et de soins spécialisés* (soins coronariens, soins de néonatalogie, unités de dialyse, unités de troubles respiratoires, unités de neurochirurgie, unités de brûlés...)**

C'est à la dispensation de ces soins que nous retrouvons le plus grand nombre du personnel infirmier et c'est également à ces soins que la majorité des nouvelles diplômées sont affectées à leur entrée sur le marché du travail.

Dans ces unités, la formule d'organisation des tâches du personnel la plus fréquente est celle des soins en équipe. Ce partage des responsabilités entre les différents membres de l'équipe de soins infirmiers cause toutefois certaines difficultés: routine, dépersonnalisation, duplication, etc.

Au cours des dernières années, des progrès ont cependant été réalisés dans les unités de soins dans le but de planifier les soins aux patients en accord avec leurs besoins, plutôt que de façon à se conformer à une routine établie. Cette pratique reste cependant à développer pour vraiment arriver à l'individualisation des soins aux patients.

D'autre part, la nature des traitements requis par certains patients a amené les centres à les regrouper dans des unités de plus en plus spécialisées utilisant des infirmières avec expérience; les développements de la technologie médicale nécessitent alors souvent une formation spécifique à certaines méthodes de traitement. De nouvelles approches sont également favorisées, par exemple dans les unités de pédiatrie et de nouveaux-nés, les parents peuvent participer aux soins à l'enfant; dans les unités de soins palliatifs, le personnel infirmier doit prendre le temps de se familiariser avec la personnalité des patients de telle sorte de pouvoir les aider à dominer leur angoisse et leurs états dépressifs.

---

* Le terme «personnel infirmier» est utilisé dans le texte pour désigner l'équipe de soins infirmiers; lorsque certaines tâches sont effectuées par les infirmières, nous le précisons.

** La description de ces activités est disponible à l'annexe III.

Tableau VI:

Les membres du domaine de la formation professionnelle par lieu de travail et par sexe selon leur formation, Québec, 1981.

Formation	Diplôme d'infirmière		Crédits DEC universitaires		Attestations certificats		Baccalauréat		Maîtrise		Doctorat		Total	
Lieu de travail et sexe	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Polyvalentes	**163**	**59,0**	**41**	**14,9**	**38**	**13,8**	**32**	**11,6**	**2**	**0,7**	**—**	**—**	**276**	**100,0**
F	159	60,2	37	14,0	36	13,6	30	11,4	2	0,8	—	—	264	100,0
M	4	33,3	4	33,3	2	16,7	2	16,7	—	—	—	—	12	100,0
Collèges	**203**	**18,6**	**133**	**12,2**	**215**	**19,7**	**475**	**43,4**	**65**	**5,9**	**2**	**0,2**	**1093**	**100,0**
F	197	18,9	128	12,3	205	19,6	452	43,3	60	5,7	2	0,2	1044	100,0
M	6	12,2	5	10,2	10	20,4	23	47,0	5	10,2	—	—	49	100,0
Universités	**12**	**7,5**	**8**	**5,0**	**6**	**3,8**	**47**	**29,6**	**84**	**52,8**	**2**	**1,3**	**159**	**100,0**
F	12	7,6	8	5,1	6	3,8	45	28,7	84	53,5	2	1,3	157	100,0
M	—	—	—	—	—	—	2	100,0	—	—	—	—	2	100,0
Centres hospitaliers	**44**	**32,6**	**9**	**6,7**	**32**	**23,7**	**47**	**34,8**	**3**	**2,2**	**—**	**—**	**135**	**100,0**
F	44	33,3	9	6,8	29	22,0	47	35,6	3	2,3	—	—	133	100,0
M	—	—	—	—	3	100,0	—	—	—	—	—	—	3	100,0
Centres d'accueil	**14**	**50,0**	**—**	**—**	**—**	**—**	**—**	**—**	**14**	**50,0**	**—**	**—**	**28**	**100,0**
F	14	50,0	—	—	—	—	—	—	14	50,0	—	—	28	100,0
M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100,0
Autres	**15**	**41,6**	**7**	**19,4**	**10**	**27,8**	**2**	**5,6**	**2**	**5,6**	**—**	**—**	**36**	**100,0**
F	15	44,1	5	14,7	10	29,4	2	5,9	2	5,9	—	—	34	100,0
M	—	—	2	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	2	100,0
Total infirmières	441	26,6	187	11,3	286	17,2	576	34,7	165	10,0	4	0,2	1659	100,0
Total infirmiers	10	14,7	11	16,2	15	22,1	27	39,7	5	7,3	—	—	68	100,0
Total général	**451**	**26,1**	**198**	**11,5**	**301**	**17,4**	**603**	**34,9**	**170**	**9,9**	**4**	**0,2**	**1727**	**100,0**

Source: O.I.I.Q., *Statistiques. Population infirmière au 31 mars 1981.* Montréal, 1981, p. 11.

En outre, l'équipe de soins infirmiers est appelée à travailler dans les unités avec diverses catégories de professionnels de la santé tels, les inhalothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététistes, ... en plus des médecins.

Enfin, on peut penser que la tendance à la spécialisation des soins sera maintenue, particulièrement dans les centres spécialisés et ultra-spécialisés, ce qui pourra amener de nouveaux membres à l'équipe de santé; il faudra alors pour les chefs d'unités, élaborer des méthodes d'organisation aptes à faciliter la coordination du travail des divers intervenants et l'orientation vers le traitement des patients.

— Soins dans les services de première ligné:

Cette catégorie comprend les services ambulatoires, les services ambulatoires psychiatriques, les consultations externes, les services d'urgence, les unités de soins familiaux et les services de planification familiale.* Les activités du personnel infirmier dans ces différents services sont relatives à la prévention, à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des patients.

Les postes dans ces services sont généralement très convoités à cause des conditions de travail plus avantageuses que celles offertes aux soins de chevet; le personnel y oeuvrant est habituellement recruté à l'interne et possède donc plusieurs années d'expérience.

Le rôle des infirmières pourrait éventuellement être accru au niveau des consulttions externes, comme le démontrent certaines expériences américaines,[1] particulièrement dans les régions où il y a pénurie de médecins.

Dans le cadre d'un service de consultations externes, l'infirmière pourrait par exemple donner les premiers soins aux adultes souffrant de maladies chroniques. Les résultats d'expériences à ce sujet sont très positifs tant au point de vue de l'accessibilité que de la qualité des soins et le coût moyen de ceux-ci semble en être diminué. Les résultats soulignent également que le travail de collaboration et de complémentarité entre les médecins et les infirmières dans les services de consultations externes et en cabinet privé a permis de prodiguer des soins plus complets aux patients.

De plus, une expérience menée par l'école des sciences infirmières de l'université McGill en pratique familiale montre également l'avantage de l'utilisation accrue des infirmières.

— Soins des blocs opératoires:

Nous regroupons dans les soins infirmiers des blocs opératoires, les activités de la chirurgie d'un jour, celle du bloc obstétrical et celle des diverses autres salles d'opération.

Ici, les activités se répartissent en deux grands groupes, les unes touchant aux soins de chevet des opérés et les autres très techniques. Depuis plusieurs années, on s'interroge sur l'opportunité d'utiliser des infirmières pour les tâches techniques. Plusieurs centres forment en effet des instrumentistes ou techniciens de salles d'opérations pour remplir ces postes, comme le préconisait le rapport du Comité d'étude de la main-d'oeuvre hospitalière paru en 1973.

2.5.1.2 Soins infirmiers prolongés aux adultes et aux enfants

Nous entendons par soins prolongés, le traitement et la réadaptation de patients atteints de troubles durables, visant à les remplacer autant que possible dans leur état antérieur des points de vue de la santé, de l'indépendance et de l'aptitude à prendre part à la vie de la collectivité. Ce sont des soins continus, dispensés à l'hôpital ou dans une institution résidentielle (centre d'accueil, pavillon...) spécialement conçus en vue d'atténuer ou de limiter la dépendance et d'alléger la détresse.

Les tâches des unités de soins prolongés comportent les mêmes activités que celles des unités de soins de courte durée avec toutefois une différence importante soit: la participation continue du personnel des unités au plan de réadaptation et de traitement des patients, visant à leur assurer le maximum d'indépendance et d'autonomie.

Il est en effet reconnu qu'un séjour plus ou moins prolongé dans une institution comporte plusieurs dangers dont l'apathie, l'inertie, l'abandon de tout amour-propre et surtout l'attitude irrémédiable de dépendance. Il revient à l'équipe de soins infirmiers de protéger les patients contre ces risques, par exemple, en organisant des activités sociales et récréatives. On parle ici de milieu de vie et non seulement de milieu de soins.

---

* La description des activités de ces services est disponible à l'annexe

[1] Lewis, C.E., Resnik, B.A., Schmidt, G., Wasman, D., *New-England Journal of Medecine*, 280, no 12, 1969, p. 645-649.

Le personnel infirmier travaille non seulement avec les divers membres de l'équipe de réadaptation physique, psychologique et sociale mais également avec la famille des patients.

La préoccupation du système de distribution de soins envers cette clientèle (majoritairement composée de personnes âgées) est très récente; beaucoup de travail reste à faire pour modifier le comportement des différents personnels de santé envers les patients nécessitant des soins prolongés.

2.5.1.3 Soins infirmiers en centre de jour:

Les services offerts dans les centres de jour comportent des activités thérapeutiques, récréatives et de réadaptation. Ils sont particulièrement précieux pour les personnes âgées qui vivent seules, qui ont des handicaps légers ou qui présentent des troubles mentaux de caractère bénin et sans complication. Ces centres contribuent à soulager les familles pendant une partie de la journée de la charge des patients; ils assurent le soutien et les soins sans quoi un placement en institution serait nécessaire.

2.5.1.4 Soins infirmiers en centre d'accueil de réadaptation:

Les activités du personnel infirmier affecté dans des centres de réadaptation sont surtout thérapeutiques.*

L'infirmière y joue principalement le rôle d'une personne ressource du point de vue des besoins de santé des pensionnaires et du personnel de ces centres.

2.5.1.5 Administration des soins infirmiers:

Dans le réseau institutionnel, les infirmières ont la possibilité de cumuler des responsabilités administratives à titre de chef d'équipe, d'assistante-chef ou de chef d'unité. Elles peuvent également n'exercer que des fonctions administratives en tant que coordonnatrice d'unités, directrice-adjointe et directrice à la direction des soins infirmiers; elles doivent alors développer un expertise en gestion de personnel, en contrôle de la qualité des soins et en planification.**

Environ 35% des infirmières assument de telles responsabilités dont 7% seulement au niveau de postes cadres.

Enfin, d'autres possibilités sont offertes au niveau administratif aux infirmières avec expérience comme par exemple: en tant que chargée de la formation en cours d'emploi ou chargée de recherche en soins infirmiers pour l'évaluation de la qualité des soins, le développement de nouveaux modèles de prestation de soins, etc.

2.5.2 Le milieu communautaire:

La pratique dans ce milieu regroupe les services visant l'amélioration de la santé, du milieu social et des conditions de vie de la population. S'y inscrivent donc, entre autres, des activités de promotion de la santé et de prévention dans les divers milieux de vie des individus et celles favorisant le maintien et le retour des citoyens à domicile.

Généralement, la pratique en milieu communautaire est davantage pluridisciplinaire tout en étant centrée sur les besoins des individus d'une collectivité (locale ou régionale). Cette notion de services centrés sur les besoins découle directement de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, mais oblige les professionnels de la santé, particulièrement en cette période d'austérité, à faire des choix et à fixer des priorités parmi les services à offrir à la population.

Nous entreprenons ici la description des principales activités du personnel infirmier exercées, à ce jour, dans ce milieu de travail. Notons toutefois qu'à cause des besoins changeants de la population et de l'état de développement de la politique de santé au Québec, qui préconise la pratique des soins primaires à l'extérieur des institutions de soins et la continuité des soins, nous prévoyons le développement de nouveaux modes de pratique chez l'infirmière en milieu communautaire au cours des prochaines années. Signalons que ces nouveaux modes de distribution de soins impliqueront non seulement le personnel infirmier mais tous les membres de l'équipe de santé.

2.5.2.1 Soins à domicile:

Les soins infirmiers à domicile regroupent des activités thérapeutiques, de réadaptation et de prévention tels: la surveillance et le contrôle de l'évolution des cas, l'application de diverses médications, les traitements et pansements, l'assistance morale et

---

* La description des principales tâches est disponible à l'annexe III.

** Consulter l'annexe III pour obtenir une description des principales activités.

physique aux patients, l'éducation sanitaire auprès des patients et de leur famille, etc.

Ils favorisent également une prévention secondaire précoce chez les patients hospitalisés qui peuvent, dès que leur état le permet, retourner à domicile pour leur réadaptation.

Ces programmes de soins à domicile, de courte ou de longue durée, sont parfois élaborés par les professionnels en charge du patient durant sa période d'hospitalisation. Cette pratique nécessite la collaboration entre le personnel infirmier chargé des services à domicile et celui du réseau hospitalier.

Des clientèles cibles particulières, tels les personnes âgées et les handicapés devraient également être appelées dans le futur à bénéficier davantage de ces services ce qui pourrait contribuer à les maintenir en bonne forme physique tout en leur permettant d'entretenir des contacts sociaux.

2.5.2.2 Soins infirmiers en milieu de travail:

Depuis l'adoption de la Loi 17 sur la santé et la sécurité au travail en 1979, ce secteur connaît une expansion considérable. Les principales activités du personnel infirmier sont d'ordre curatif et préventif.*

Comme le souligne un document de la Direction de la formation et de l'information de la Commission de la santé et la sécurité du travail datée de mai 1981:

> *«En plus des activités à caractère clinique relière, premiers soins, etc.), l'infirmier peut être programmes (pré-emploi, surveillance régulière, premiers soins, etc.), l'infirmier peut être très impliqué dans des activités de prévention primaire, dans l'évaluation des situations particulières entraînant des risques pour la santé et la sécurité ou ayant effectivement entraîné des lésions et dans le suivi et l'évaluation régulière du programme de santé spécifique...*
>
> *Il doit surtout jouer d'emblée un rôle axé sur la prévention et s'impliquer très directement dans les milieux visés par les programmes.»*[1]

2.5.2.3 Soins infirmiers en milieu scolaire:

À l'analyse des différents programmes de santé scolaire, nous pouvons dégager les principales activités accomplies par les infirmières, à savoir: le dépistage, le contrôle, les premiers soins et le développement de saines habitudes de vie chez les étudiants.

2.5.2.4 Soins infirmiers dans divers services préventifs:

D'autres programmes préventifs visent à compléter le maintien et la promotion de la santé tels: des programmes de périnatalité, d'hygiène maternelle et infantile et de contrôle des maladies transmissibles, et nécessitent du personnel infirmier.

2.5.2.5 Agent de soins primaires:

Enfin, comme le rapporte le mémoire de l'Association canadienne des infirmières présenté aux commissaires de la Commission d'enquête sur le programme national de santé en 1979, les infirmières peuvent jouer un rôle très efficace au niveau des soins primaires.

Certaines expériences décrites dans ce mémoire méritent une attention particulière car elles laissent entrevoir les diverses possibilités du rôle accru que pourraient éventuellement jouer les infirmières dans les années futures en milieu communautaire, telles: une expérience en milieu rural menée à Terre-Neuve, une autre menée par les infirmières de l'Ordre de Victoria et le «projet Beaverton.»[2]

2.5.2.6 Administration:

En milieu communautaire, l'infirmière peut occuper divers postes administratifs surtout au niveau de la programmation des activités.

Elle peut, par exemple, remplir le poste de coordinatrice de programmes au niveau des départements de santé communautaire. Ses principales tâches sont alors l'analyse des besoins, la détermination des objectifs des activités, l'élaboration des programmes et leur mise en application.

---

* Les principales tâches sont décrites à l'annexe III.

[1] Ouellette, Nicole, *Développement des ressources humaines en nursing requises pour l'application de la Loi*, Document de travail, Commission de la santé et de la sécurité du travail, Direction de la formation et de l'information, mai 1981.

[2] Hall, E.M., *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980, Engagement au renouveau*, Ottawa, 1980, p. 73.

Conclusion

Ce tour d'horizon des besoins de santé, de la politique de santé, du système de distribution de soins et de la pratique infirmière au Québec avait pour but d'une part, de cerner l'évolution intervenue dans les fonctions et tâches des infirmières et d'autre part, de susciter une réflexion sur la qualité de la formation à promouvoir en sciences infirmières.

Nous constatons dans un premier temps une réévaluation de la pratique infirmière suite à l'adoption de la politique québécoise de santé dont les principes fondamentaux sont l'accessibilité universelle à la gamme complète des services de santé, y compris la prévention et la réadaptation et le droit des personnes à recevoir des services de qualité, efficaces et continus dans les institutions de santé et dans leur milieu naturel.

Depuis lors, l'infirmière travaille non seulement à l'amélioration de la santé et à la prévention de la maladie, mais également au maintien et à la promotion de la santé. Les activités de celle-ci consistent à identifier les besoins de santé des personnes, prévenir et dépister la maladie, contribuer aux méthodes de diagnostic, prodiguer les soins requis.

De plus, comme elle ne peut seule répondre à tous les besoins de santé, elle doit travailler en équipe avec d'autres professionnels pour assurer la continuité et la globalité des soins et aider les individus, les familles et la collectivité à prendre en charge leur santé.

Relativement aux besoins de santé de la population, nous notons des modifications depuis quelques années. D'une part, la population vieillissante augmentant, il en découle une plus grande fréquence des maladies à caractère chronique et une demande croissante de services infirmiers vers ce secteur. D'autre part, les études épidémiologiques démontrent que les principales causes de décès sont relatives aux problèmes cardio-vasculaires, aux tumeurs malignes et aux accidents. On note également, une forte augmentation des maladies mentales et du taux de suicides chez les 15-34 ans. Ces problèmes sont tous liés aux habitudes de vie et aux conditions de travail de la population. L'infirmière est appelée à collaborer à l'identification des groupes exposés à ces risques et s'occuper davantage de promotion de la santé et de prévention.

Ces nouveaux besoins élargissent donc les champs d'intervention de l'infirmière et son rôle auprès des familles et des collectivités. Elle interviendra ainsi de plus en plus à l'extérieur des hôpitaux, soit dans les centres d'accueil d'hébergement et de réadaptation, dans le milieu scolaire, dans le milieu de travail des individus et à domicile.

Enfin, à l'analyse de la pratique infirmière, nous remarquons que les infirmières forment dans le système de santé le groupe professionnel le plus nombreux. Elles dispensent leurs soins vingt-quatre heures par jour et sept jours par semaine à des individus, des familles et des groupes.

Nous constatons, d'autre part, que les niveaux d'intervention, les champs d'activité, les types de clientèles et les catégories de soins dispensés par l'infirmière sont très diversifiés. Ce personnel peut également assumer plusieurs fonctions de supervision et de direction tant au niveau des équipes de soins que de l'administration des centres et occuper plusieurs postes spécialisés.

De plus, malgré la volonté du ministère des Affaires sociales d'orienter davantage l'action des divers professionnels vers la prévention de la maladie, la promotion de la santé et la réadaptation en milieu extra-hospitalier, nous constatons que le milieu hospitalier requerra encore la grande majorité de la main-d'oeuvre infirmière. En effet, en 1978-1979, 83% des infirmières travaillaient en milieu institutionnel et en raison du vieillissement de la population nous pouvons présager pour les prochaines années le maintien d'un fort pourcentage des infirmières dans ce milieu.

L'étude des différentes fonctions, des activités variées et des tâches multiples attribuées normalement aux infirmières démontre que les soins donnés à un individu selon la démarche scientifique pour l'aider à recouvrer la santé ou à la maintenir, constitue la base de la pratique infirmière tel que défini par la loi. Les objectifs de la formation de base offerte par les collèges, devraient donc d'abord être orientés vers l'atteinte des compétences nécessaires à ce rôle. De plus, comme l'infirmière est appelée à dispenser des soins à une grande variété de clientèles et dans divers champs d'activités, cette formation de base devrait être nécessairement polyvalente.

D'autre part, il nous semble que le développement des compétences nécessaires à l'exercice infirmier auprès de groupes d'individus ou de collectivités, à la supervision d'équipes de soins, à la gestion de programmes de soins et à l'enseignement professionnel des soins infirmiers relève d'un niveau supérieur de formation. Ces compétences exigent de l'infirmière des connaissances, des habiletés et des attitudes que nous retrouvons généralement chez les diplômés d'un premier cycle universitaire.

La formation du 1er cycle universitaire devrait donc permettre à l'infirmière d'assumer ces rôles de responsabilité supérieure tant dans le milieu hospitalier qu'extra-hospitalier. Cette infirmière pourrait même intervenir comme premier contact des gens avec le système de distribution de soins.

Annexe I:

La structure des services de santé au Québec

a) Centre hospitalier (C.H.)

- dispenser des soins de courte durée;
- dispenser des soins prolongés;
- dispenser des soins psychiatriques;

— un établissement qui s'occupe de la prévention des maladies, de l'établissement des diagnostics, des traitements médicaux et de la réhabilitation physique et mentale;

32 C.H. opèrent un département de santé communautaire

Département santé communautaire (D.S.C.)

- améliorer la santé de la population de son territoire;

— par des enquêtes épidémiologiques, immunisations, dépistage des maladies infectueuses, hygiène maternelle et infantile, santé scolaire, nutrition, santé dentaire, santé des travailleurs, responsabilité des services d'urgence et du service des consultations externes du C.H.;

b) Centre local de services communautaires (C.L.S.C.)

- assurer des services de prévention et d'action sociale sur une base locale; assurer les soins de première ligne;

— dans des champs d'activité variés: nutrition, périnatalité, fluoration, santé au travail, services à domicile, services sociaux aux autochtones, services en milieu scolaire;

c) Centre d'accueil (C.A.)

- accueillir pour les loger, les entretenir ou les garder sous observation, des personnes qui, en raison de leur âge, de leur situation familiale, de déficiences physiques ou autres doivent être traitées ou gardées en résidence protégée;

— il existe quatre catégories de C.A.: les centres de garde d'enfants, de transition, de réadaptation et d'hébergement.

Annexe II:

Les normes de la pratique infirmière[1]

1re norme: La pratique infirmière exige qu'un modèle conceptuel propre à la profession d'infirmière soit le fondement de la partie indépendante de cette pratique.

1. **Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire du but distinct de la profession d'infirmière**

   L'infirmière, dans tout milieu de travail,

   1.1 exprime le but précis de la profession d'infirmière

   1.2 fait connaître ce but aux autres membres de l'équipe de santé

   1.3 énonce comment le but de la profession d'infirmière contribue à l'atteinte des buts communs à toute l'équipe de santé

   1.4 décrit les actes professionnels s'harmonisant avec le but exprimé de la profession d'infirmière

2. **Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire du client**

   L'infirmière, dans tout milieu de travail,

   2.1 exprime sa vision précise du client

   2.2 décrit le type de données à recueillir d'après sa conception du client

3. **Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire de leur rôle en réponse aux besoins de la société en matière de santé**

   L'infirmière, dans tout milieu de travail,

   3.1 décrit son rôle précis d'infirmière

   3.2 décrit la conception de son rôle par rapport à son analyse des données et à son intervention

[1] Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Normes de la pratique infirmière*, Ottawa, 1980.

4. **Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire de la source de la difficulté du client**

   L'infirmière, dans tout milieu de travail,

   4.1 cerne l'origine probable des difficultés actuelles et potentielles du client

   4.2 indique comment elle interprétera les données d'après sa conception du type de problèmes du client qui relève de sa compétence

5. **Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire du centre et des modes d'intervention**

   L'infirmière, dans tout milieu de travail,

   5.1 énonce sa conception du centre et des modes d'intervention

   5.2 décrit son intervention par rapport à son centre et d'après les modes dont elle dispose

6. **Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire des résultats attendus de l'activité professionnelle**

   L'infirmière, dans tout milieu de travail

   6.1 énonce sa conception des résultats attendus de ses activités professionnelles

   6.2 décrit les résultats attendus de ses activités professionnelles

   6.3 décrit la façon dont elle évaluera les résultats de ses activités professionnelles

2e norme: La pratique infirmière exige l'utilisation efficace de la démarche scientifique comme méthode de travail dans l'exercice des fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes de la pratique infirmière

1. **Les infirmières doivent recueillir des données conformes à leur conception du client et correspondant à leurs fonctions interdépendantes et dépendantes**

   L'infirmière, dans tout milieu de travail,

   1.1 recueille de façon systématique et continue des données correspondant à sa conception du client en se servant des connaissances de domaines connexes

   1.2 recueille de façon systématique et continue les données correspondant aux buts des disciplines connexes

   1.3 détermine les attentes du client en fait des soins

   1.4 utilise toutes les sources disponibles pour la collecte des données, notamment: le client, le médecin, la famille, toute autre personne appropriée, les dossiers du client, ses propres connaissances et son expérience

   1.5 utilise diverses techniques pour la collecte des données, notamment: l'entrevue, la consultation, l'examen physique, l'observation et l'évaluation

   1.6 respecte le caractère confidentiel des données recueillies

   1.7 rend les données accessibles à qui de droit

2. **Les infirmières doivent analyser les données recueillies selon leur conception du but de la profession d'infirmière, leur rôle et la source de la difficulté du client et conformément à leurs fonctions interdépendantes et dépendantes**

   L'infirmière, dans tout milieu de travail,

   2.1 interprète les données conformément à son modèle conceptuel et à ses connaissances des domaines connexes

   2.2 interprète les données en tenant compte du plan inter disciplinaire de soins

   2.3 vérifie son interprétation des données recueillies auprès du client ou d'autres personnes, si possible

   2.4 identifie avec le client les difficultés actuelles et potentielles

   2.5 établit les priorités pour la solution des problèmes identifiés

   2.6 communique à qui de droit les problèmes identifiés

3. **Les infirmières doivent planifier leurs actes professionnels à partir des difficultés actuelles et potentielles du client, conformément à leur conception du centre et des modes d'intervention et en accord avec leurs fonctions interdépendantes et dépendantes**

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

3.1 identifie, de concert avec le client et les autres personnes en cause, les objectifs à court et à long terme de son intervention

3.2 identifie les objectifs à court et à long terme de son intervention correspondant au plan interdisciplinaire de soins

3.3 énonce les objectifs à atteindre en termes de comportements en précisant les résultats escomptés

3.4 se fixe un délai raisonnable pour l'atteinte de ces objectifs

3.5 examine les conditions du milieu qui pourraient influer sur l'atteinte de ces objectifs

3.6 identifie les ressources nécessaires

3.7 étudie un certain nombre d'actes infirmiers* appropriés au centre et aux modes particuliers d'intervention

3.8 choisit les actes infirmiers en fonction de leurs chances de réussite

3.9 communique aux personnes concernées les interventions envisagées

4. **Les infirmières doivent accomplir les tâches nécessaires à l'exécution du plan**

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

4.1 encourage, si possible, la participation du client à l'exécution des actes infirmiers nécessaires à l'atteinte des objectifs

4.2 fait preuve des connaissances, attitudes et habiletés nécessaires à l'exécution de ses actes

4.3 fait preuve de jugement dans l'exécution des tâches infirmières du régime médical prescrit

4.4 délègue, au besoin, certaines tâches au personnel auxiliaire

4.5 surveille le personnel infirmier auxiliaire dans l'exécution des tâches déléguées

4.6 utilise les ressources appropriées

4.7 agit sur le milieu de façon à atteindre les objectifs fixés

4.8 communique avec qui de droit en ce qui concerne les actes infirmiers à poser

5. **Les infirmières doivent évaluer toutes les étapes de la démarche scientifique, conformément à leur modèle conceptuel de la profession et en accord avec leurs fonctions interdépendantes et dépendantes**

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

5.1 observe les résultats de ses actes infirmiers

5.2 compare ces résultats avec ceux établis pour les objectifs à court et à long terme

5.3 apprécie, dans le cadre de la participation du client, la mesure dans laquelle les objectifs ont été atteints d'après sa conception des résultats attendus

5.4 communique son évaluation à qui de droit

5.5 revoit, s'il y a lieu, les objectifs, priorités et actes infirmiers à poser avec le client et avec qui de droit

5.6 met en oeuvre le plan d'action modifié

5.7 poursuit, de façon cyclique, toute la démarche scientifique jusqu'à ce que se termine la relation client-infirmière

3e norme: La pratique infirmière exige que la relation d'aide caractérise les rapports client-infirmière

1. **Les infirmières doivent faire tout en leur possible pour que le client perçoive son contact avec les services de santé comme compréhensible, acceptable et signifiant dès le départ**

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

* Par actes infirmiers, on entend: enseigner, appuyer, conseiller, informer, prodiguer des soins (de confort, de soutien, préventifs, thérapeutiques, pour fin diagnostique). Association des infirmières et infirmiers du Canada. Un plan pour un examen de synthèse en vue de l'admission à l'exercice de la profession d'infirmier(e), Ottawa: mai 1977, p. 4.

1.1 s'assure de l'efficacité, de la valeur et de la pertinence de sa communication verbale et non verbale, en égard à l'état ou à la situation du client

1.2 à la première occasion, se présente puis explique au client son rôle et sa responsabilité

1.3 montre, par son comportement verbal et non verbal, que le client a toute son attention

1.4 montre une pertinence et une consistance de message; s'assure que ses communications verbales et non verbales restent constamment pertinentes

1.5 jauge la volonté et la capacité du client à coopérer à l'établissement d'attentes mutuelles

1.6 s'assure que le client comprend bien son rôle d'infirmière y compris sa disponibilité, son accessibilité et sa responsabilité eu égard à ses besoins

2. Les infirmières doivent se fixer des attentes sur lesquelles elles se sont préalablement entendues comme moyen d'accroître la possibilité que le client perçoive son expérience dans les services de santé comme compréhensible, acceptable et significative

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

2.1 s'assure de la volonté et des dispositions du client, afin de poursuivre son intervention

2.2 incite fortement le client à participer à l'atteinte des résultats touchant son état de santé

2.3 explique la nécessité et l'intérêt de préciser que peuvent attendre les deux parties

2.4 aide le client à prévoir et à comprendre chaque phase du service dispensé

2.5 pressent le client sur ce qui pourrait lui être utile

2.6 énonce ce qu'elle juge utile en de telles circonstances

2.7 détermine par le comportement précis du client s'il est disposé à rendre leur relation fructueuse, et ce qu'il attend de l'infirmière

2.8 renseigne le client sur les comportements précis qu'elle entend elle-même adopter pour rendre leur relation utile et sur ce qu'elle attend du client

2.9 aide le client à se fixer des attentes réalistes envers elle et envers lui-même, y compris l'autorité sur sa propre santé et la responsabilité de ses choix

2.10 travaille à résoudre les divergences de vue relatives aux attentes pour qu'elles soient acceptées et comprises de part et d'autre

2.11 établit la durée prévue de sa relation avec le client

2.12 discute de questions confidentielles avec le client et lui indique avec qui et pourquoi ces informations sont partagées

2.13 manifeste clairement son intention de donner et de conserver à la relation le caractère d'une aide

2.14 s'assure de la prestation de services en dépit de toute limite ou de tout préjugé personnels

2.15 établit à nouveau et/ou modifie la durée prévue de sa relation avec le client

2.16 s'assure que le client comprenne l'utilité de leur relation, c'est-à-dire qu'il perçoive le service de santé comme compréhensible, acceptable et significatif

3. Les infirmières doivent assumer la responsabilité de mettre fin avec succès la relation d'aide

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

3.1 rappelle au client que, lorsque les attentes mutuellement fixées ont été atteintes, la fin de leur relation approche

3.2 encourage le client à exprimer ses pensées et sentiments face à la signification de la fin de leur relation en rapport avec son état de santé

3.3 reconnaît et révèle ses propres pensées et émotions face à la signification de la fin de leur relation en rapport avec l'état de santé du client

3.4 prépare le client à s'auto-suffire une fois leur relation terminée

3.5 prévoit les craintes et cherche d'avance à les dissiper

3.6 revoir avec le client ce qui a été fait pour sa santé et la mesure dans laquelle il a lui-même participé aux résultats acquis

3.7 s'assure que la fin de la relation est bien comprise et entreprise de part et d'autre

4e norme: La pratique infirmière exige que les infirmières assument des responsabilités professionnelles à l'intérieur de leurs fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes[1]

1. Les infirmières doivent respecter les statuts et les politiques applicables à leur profession et au milieu de travail

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

1.1 observe dans son travail les lois qui régissent sa profession ou influent sur elle

1.2 s'en tient, dans l'exercice de sa profession, à ce que la loi reconnaît le domaine d'activité propre à celle-ci

1.3 respecte les procédures juridiques établies pour la tenue des dossiers, l'obtention des permissions, l'identification des clients, l'usage des drogues contrôlées et le rapport d'incidents inhabituels

1.4 signale à l'autorité compétente toute pratique dangereuse ou toute mauvaise conduite professionnelle d'autres membres du personnel infirmier

1.5 connaît les conséquences qui découlent de l'autorisation ou du droit d'exercer des infirmières

1.6 travaille à ce que soient apportés à la législation les changements nécessaires

1.7 fait preuve de jugement dans l'application de régimes prescrits par le médecin

1.8 est responsable en tout temps de ses actes

2. Les infirmières doivent se conformer au Code de déontologie de leur profession

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

2.1 protège les droits de la personne tels que respect du caractère confidentiel des renseignements, droit à l'intimité, aux croyances, à certaines valeurs

2.2 réunit en sa personne les qualités inséparables de l'ouverture à autrui*

2.3 signale aux personnes compétentes les pratiques dangereuses des autres travailleurs de la santé

2.4 maintient un niveau de pratique infirmière et comportements professionnels tels que prescrit par son milieu de travail, ainsi que par les associations nationales et provinciales d'infirmières

2.5 cherche constamment des possibilités de perfectionnement professionnel

3. Les infirmières doivent travailler à titre de membres d'une équipe de santé

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

3.1 utilise les moyens de communication appropriés

3.2 collabore avec les autres membres de l'équipe de santé à toutes les étapes de la démarche scientifique

3.3 coordonne les soins infirmiers avec les soins dispensés par les autres travailleurs de domaines directement liés à la santé ou de domaines connexes

[1] Adapté de: Un plan pour un examen de synthèse en vue de l'admission à l'exercice de la profession d'infirmier(e), Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, mai 1977, p. 4.

* Ces qualités sont détaillées dans le document «Code de déontologie de l'AIIC — Les fondements d'une éthique professionnelle pour le service infirmier au Canada», (Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1980)

Annexe III

Les principales activités des infirmières selon certains postes de travail

1. Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants

a) Soins de chevet: [2]

— contrôle de l'évolution des cas
— application des médications
— prélèvements
— traitements
— alimentation des patients, distribution des plateaux jusqu'à l'assistance directe auprès des patients
— assistance morale et physique aux patients
— réception et départ des patients
— contrôle de l'allée et venue des patients des services spécialisés
— hygiène et confort des patients
— éducation sanitaire
— tout autre soin de chevet.

b) Services de première ligne: [2]

— dépistage
— surveillance et contrôle de l'évolution de l'état des patients
— application des médications
— traitements et les pansements
— assistance au médecin
— préparation des salles, de l'équipement et du matériel dans les services de consultation externes, de planification familiale et les unités de soins familiaux
— hygiène et confort aux patients
— éducation sanitaire
— assistance morale et physique aux patients
— référence des patients aux services spécialisés, s'il y a lieu
— compilation des dossiers
— tout autre soin infirmier.

c) Services ambulatoires psychiatriques: [2]

— prévention
— pré-évaluation
— évaluation
— détermination des intervenants
— médication s'il y a lieu
— surveillance et contrôle de l'évolution des cas
— réception
— compilation des dossiers.

d) Infirmière des blocs opératoires: [2]

— réception et installation des patients
— préparation des patients
— surveillance et contrôle de l'évolution des cas en salle d'opération et en salle de réveil
— traitements et pansements
— application des médications
— préparation des salles et du matériel nécessaire aux opérations
— assistance aux médecins lors des interventions et autres procédures pratiquées dans les salles d'opération
— contrôle de l'asepsie
— dénombrement du matériel
— hygiène et confort des patients
— premiers soins aux nouveaux—nés (bloc obstétrical)
— assistance morale et physique aux patients
— coordinations et contrôle des soins infirmiers
— compilation des dossiers
— tout autre soin infirmier.

2. Infirmière en centre d'accueil de réadaptation [3]

— surveillance générale et contrôle de l'évolution des cas
— application des médications
— prélèvements sur les patients
— traitements et pansements
— hygiène et confort
— éducation sanitaire
— escorte et assistance des patients requérant des soins dans un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires
— contrôle de la qualité des soins
— notation aux dossiers.

3. Infirmière en milieu de travail[2]

— examen de santé pré-embauche
— surveillance générale et contrôle de l'évolution des cas
— application des médications
— dispensation des premiers soins
— consultations et entrevues
— visites auprès des personnes ou des groupes dans leur milieu
— étude des conditions de travail
— examen de cas suspects
— dépistage et contrôle
— références aux services spécialisés de santé
— diffusion d'information préventive.

4. Administration des soins infirmiers

a) Infirmière chef d'équipe (poste non cadre):[1]

— prestation des soins infirmiers à un groupe de bénéficiaires en collaboration avec une équipe composée d'infirmières, d'infirmières-auxiliaires, de préposés et de stagiaires, selon les besoins
— surveillance et coordination des activités de l'équipe.

b) Infirmière assistante-chef d'unité de soins infirmiers (poste non cadre):[2]

— partage et remplacement du chef d'unité des soins infirmiers
— organisation, gestion et surveillance des soins dans une unité de soins infirmiers ou dans un service hospitalier spécialisé.

c) Infirmière-chef d'unités de soins infirmiers (poste non cadre):[3]

— organisation, gestion et surveillance des soins dans une unité de soins infirmiers ou dans un service hospitalier spécialisé
— initiation du nouveau personnel de l'unité ou du service
— évaluation du rendement de son personnel.

d) Directrice des soins infirmiers (poste cadre):

— responsabilité de la coordination et de l'évaluation des soins infirmiers dans un centre
— responsabilité de la répartition du personnel infirmier en fonction des besoins
— responsabilité de la discipline du personnel infirmier
— responsabilité du contrôle et du fonctionnement de la direction des soins infirmiers.

e) Infirmière formatrice (service de formation en cours d'emploi):

— coordination et élaboration de programmes de formation du personnel infirmier et autres personnels
— élaboration des plans de stages des différentes étudiantes-infirmières référées par les maisons d'enseignement
— élaboration de programmes individualisés de formation du personnel infirmier en actualisation et en visite
— évaluation des stages se déroulant dans le centre et des stagiaires
— élaboration de ressources didactiques.

f) Clinicien spécialisé:

— planification et direction du travail des infirmières pour l'élaboration et la mise en application de techniques nouvelles concernant les soins, examens et analyses des résultats
— responsabilité de la qualité des soins dans l'établissement
— responsabilité des cas très complexes.

---

[1] *Tiré de:* Convention collective intervenue entre le comité patronal de négociation du secteur des affaires sociales représentant un groupe d'établissements membres de l'Association des hôpitaux de la province de Québec et la Fédération des affaires sociales (CSN) 27 mars 1980 — 31 décembre 1982.

[2] *Tiré et adapté de:* Gouvernement du Québec, *Centres hospitaliers, Guide budgétaire 1981-82,* Ministère des Affaires sociales, 1981, 248 p.

[3] *Tiré et adapté de:* Gouvernement du Québec, *Centre d'accueil de réadaptation, Guide budgétaire 1980-81,* Ministère des Affaires sociales, 1980.

Bibliographie sommaire[1]

Boudreau, Thomas, J., *Rapport du comité sur les infirmières cliniciennes,* Ottawa, Avril 1972, 80 p.

Bozzini, Luciano, et al..., *Médecine et société les années 80,* Éditions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, 1981, 554 p.

Brown, M.C., The Health Care Crisis in Historical Perspective, *Revue canadienne de santé publique,* Vol. 70, Septembre-octobre 1979, p. 300-306.

Convention collective intervenue entre le Comité patronal de négociation du secteur des Affaires sociales représentant un groupe d'établissements membres de l'Association des hôpitaux de la province de Québec et la Fédération des Affaires sociales (C.S.N.) 27 mars 1980-31 décembre 1982, 434 p.

Critère, No 13 La santé 1, 1976, 274 p.
No 14 La santé 2, 1976, 284 p.
No 15 Pour un nouveau contrat médical, 1976, 205 p.
No 25 Les professions, 1979, 288 p.
No 26 La déprofessionnalisation, 1979, 254 p.

De Koninck, Maria, Rapport-synthèse et réflexion critique sur les onze collogues régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité. Accoucher ou se faire accoucher, *Bulletin de l'Association pour la santé publique du Québec,* Octobre 1981, p. 5-17.

Description de fonctions-types, champ santé, GIPEX Centre de développement des profils de formation professionnelle, Septembre 1980.

Desrosiers, Georges, L'implantation d'un réseau public de centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.): 4 ans après, *Revue canadienne de santé publique,* Janvier-février 1978, Vol. 69, p. 10-13.

Dulong, Carmelle, Rapport de consultation, *Description actuelle et prévisible de la fonction de travail de l'infirmière,* Direction générale de l'enseignement collégial, Février 1980, 467 p.

Dussault, René, *Le contrôle public des professions de la santé au Québec,* Allocution prononcée à Ottawa, à la conférence nationale sur la santé et la loi, le 25 septembre 1975.

_____, *La délégation des actes médicaux et infirmiers: une étape majeure dans la recherche d'une meilleure distribution des services de santé,* Allocution prononcée à Québec, devant les membres de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec, le 23 mars 1977.

Frasure-Smith, N., Allen, M., Gottliet, L., *Modèles de soins infirmiers dans un nouveau système de soins: une étude comparative de trois milieux de soins primaires,* Centre de recherche sur les soins infirmiers, Université McGill.

Gouvernement du Québec, *Centre d'accueil de réadaptation, Guide budgétaire 1980-1981,* M.A.S., 1980.

_____, *Centres hospitaliers, Guide budgétaire 1981-1982,* M.A.S., 1981, 248 p.

_____, *Guide d'allocution des ressources, services spécialisés et ultraspécialisés,* M.A.S., 1978, 53 p.

Hall, E.M., *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980,* Engagement au renouveau, Ottawa 1980.

Joyal, Alain, *Point de vue sur une autre approche de la santé des jeunes,* Éléments de réflexion présentés au Congrès 1981 de l'Association de santé publique du Québec.

La main-d'oeuvre hospitalière, Rapport du Comité d'étude de la main-d'oeuvre hospitalière et annexes, 8 vol., Éditeur officiel du Québec, 1973.

L'Association des hôpitaux de la province de Québec, *Bilan et prospective de la santé communautaire au Québec,* 2 Vol., Juin 1978.

Le cadre infirmier est-il un salarié au sens du code de travail? *Administration hospitalière et sociale,* Mars-avril 1980, p. 38-43.

Les modes d'intervention en santé communautaire et leur évaluation, *Les cahiers de santé communautaire,* No 2, Juin 1979, 131 p.

Les services infirmiers, Rapports et Études EURO 22, Organisation mondiale de la santé, Copenhague, 1981, 46 p.

[1] Cette bibliographie ne comprend que les références touchant la politique de santé, le système de distribution des soins et la pratique infirmière.

Les services infirmiers des collectivités, Rapports techniques 558, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1974, 31 p.

Levin, Lowell, S., Prendre en charge sa propre santé: une arme à double tranchant, *Forum mondial de la santé,* Vol. 2, No 2, p. 208-217.

L'infirmière et la santé communautaire, Fonctions et qualités requises pour l'exercice des soins infirmiers au Canada, 1ère édition, Association canadienne d'hygiène publique, Ottawa, 1977, 15 p.

Loi sur le Code des professions, L.R.Q., 1977, c-26, 54 p.

Loi sur les infirmières et infirmiers, L.R.Q., 1977, c 1-8, 10 p.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., 1977, c S-5, 54 p.

Ministère de la santé, *Classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux,* Québec, 1967, 23 p.

Ministère des Affaires sociales, *Cadre de référence pour l'adaptation des ressources aux priorités, Plan de développement des ressources en santé,* Première partie, Québec, 1976.

_____, *Élément d'une politique de réadaptation des adultes,* Document de travail, 1974, 31 p.

_____, *Étude du rapport entre le nombre d'heures rémunérées aux infirmières et le nombre d'heures rémunérées aux infirmières-auxiliaires,* Version préliminaire, 1980.

_____, *La planification des ressources hospitalières au Québec 1976-1986,* Document de travail, Direction des politiques de santé, 1979.

_____, *Le centre de jour pour personnes âgées,* Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Février 1981, 23 p.

_____, *Le ministère des Affaires sociales et les personnes âgées,* Document de travail, Direction générale de la planification, Québec, Mars 1977, 65 p.

_____, *Le réseau des C.L.S.C. au Québec: un parachèvement qui s'impose,* Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Avril 1981, 25 p.

_____, *Orientations générales en santé communautaire,* Québec, Octobre 1973, 106 p.

_____, *Pour une politique de recherche en Affaires sociales,* Rapport du Comité de la recherche scientifique, Québec, 1973, 253 p.

_____, *Statistiques concernant les salaires de niveau syndicable du secteur des Affaires sociales,* Période du 1er janvier 1979 au 31 décembre 1979, Direction générale des relations de travail, 1981.

O'Neill, Michel, *Un point de vue sur l'évolution future des départements de santé communautaire,* Janvier 1980, 13 p.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Hypothèse de cadre conceptuel en nursing,* Septembre 1980, 118 p.

_____, *Statistiques, population infirmière au 31 mars 1981,* Montréal.

Ouellette, Nicole, *Développement des ressources humaines en nursing requises pour l'application de la loi,* Document de travail, C.S.S.T., Direction de la formation et de l'information, Mai 1981.

Planification et programmation des services infirmiers, Cahiers de santé publique no 44, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1973, 124 p.

P.R.N. La mesure du niveau des soins infirmiers requis, EROS équipe de recherche opérationnelle en santé, Département d'administration de la santé, Université de Montréal et Institut National de Systématique Appliquée (I.N.S.A.), Avril 1981, 237 p.

Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada, 3 Vol. Information Canada, Ottawa, 1973.

Rapport du Comité sur la rémunération des professionnels de la santé au Québec, Le système des honoraires modulés, 1980, 319 p.

Règlement concernant les actes visés à l'article de la Loi des Infirmières et Infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou infirmiers, 11 juin 1980, 10 p.

Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins, 11 juin 1980, 20 p.

The Health of Canadians, Report of the Canada Health Survey, Ottawa, 1981.

Avis n° 81.11

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur les projets soumis par les universités à l'intérieur du second volet du Fonds de développement pédagogique

Avis n° 81.11
Dépôt légal — 2e trimestre
ISSN - 0709-3985
Québec, le 16 avril 1982.

1. Introduction

Il faut rappeler que le Conseil des universités a formulé au mois d'octobre dernier un avis au ministre de l'Éducation sur les projets soumis à l'été 1981 par les universités dans le cadre du Fonds de développement pédagogique.

Dans cet avis 81.4, le Conseil s'est prononcé sur les projets présentés à l'intérieur du premier volet du Fonds de développement pédagogique. Il a également considéré deux projets soumis à l'intérieur du second volet, soit celui intitulé «Services à la collectivité».

On doit signaler que onze demandes avaient été soumises à l'intérieur de ce deuxième volet. Il en restait donc neuf sur lesquelles le Conseil avait suspendu sa décision, malgré qu'elles aient été jugées non conformes par le Comité des programmes. Le Conseil avait alors demandé au Comité des programmes de vérifier si des modifications mineures apportées par les universités à certains projets en question ne permettraient pas de les rendre admissibles pour fins de financement.

Cette décision du Conseil s'appuyait principalement sur le fait que très peu de projets présentés dans le second volet, depuis la création du Fonds de développement pédagogique, avaient été retenus pour fins de subvention spéciale, compromettant ainsi l'atteinte d'un des objectifs de ce volet expérimental, soit de mieux définir le rôle et l'étendue de la mission «Services à la collectivité».

2. Description de la situation

Le Comité des programmes entreprit donc un réexamen des neuf demandes afin d'identifier quel(s) projet(s) modifié(s) serai(en)t en mesure de se conformer aux critères retenus par le Conseil des universités dans l'évaluation des projets soumis dans le cadre du second volet. Ce réexamen du Comité des programmes a porté sur les neuf demandes suivantes:

1. Écono-femmes, projet soumis par l'Université de Sherbrooke;
2. Intégration de la formation continue des travailleurs en loisir aux activités d'internat en récréologie, projet soumis par l'Université du Québec à Trois-Rivières;
3. Implantation d'un projet éducatif au sein d'un service de garde parascolaire, projet soumis par l'Université du Québec à Trois-Rivières;
4. L'influence du français sur l'anglais au Québec, projet soumis par l'Université du Québec à Trois-Rivières;
5. Centre d'information, de formation et de consultation pour les parents ou parents substituts d'enfants âgés entre 0 et 3 ans (inclusivement) et le personnel des organismes de services à l'enfance et à la famille, projet soumis par l'Université du Québec à Trois-Rivières;
6. Analyse, élaboration et mise en marche d'un système de contrôle et de comptabilisation, projet soumis par l'Université du Québec à Trois-Rivières;
7. Centre régional d'animation, de documentation et d'information pour femmes, projet soumis par l'Université du Québec à Trois-Rivières;
8. Foyer de groupe pour adolescents mésadaptés socio-affectifs animé par des éducateurs — étudiants en psycho-éducation — projet soumis par l'Université du Québec à Trois-Rivières;
9. Projet d'un programme d'aide au mourant et à son entourage «Pour une mort sereine», projet soumis par l'Université du Québec à Rimouski.

Un seul projet fut alors retenu et c'est celui de l'Université du Québec à Trois-Rivières intitulé:

> Centre d'information, de formation et de consultation pour les parents ou parents substituts d'enfants âgés entre 0 et 3 ans (inclusivement) et le personnel des organismes de services à l'enfance et à la famille.

L'Université du Québec à Trois-Rivières convint d'apporter les modifications nécessaires à sa demande.

Le projet modifié de l'Université du Québec à Trois-Rivières fait principalement état de l'avancement des travaux, du niveau de participation des organismes externes ainsi que de son incidence sur la mission Services à la collectivité.

Après avoir fait l'examen du projet modifié de l'Université du Québec à Trois-Rivières, les membres du Comité des programmes jugèrent que cette nouvelle version se conformait aux critères d'évaluation retenus par le Conseil des universités dans l'analyse des demandes soumises à l'intérieur du second volet du Fonds de développement pédagogique et proposèrent au Conseil l'acceptation de ce projet modifié.

En ce qui concerne les huit autres projets, il faut signaler tout d'abord qu'ils ne rencontrent pas l'objectif général assigné au second volet du Fonds de développement pédagogique, soit celui de mieux spécifier le rôle et l'étendue de la mission «Services à la collectivité» confiée aux universités.

De plus, pour la plupart des projets on ne possède que peu ou pas d'indication quant aux moyens qui seront mis en oeuvre pour atteindre l'objectif général du volet «Services à la collectivité». On ne décèle pas toujours l'appui institutionnel qui serait éventuellement accordé à la réalisation du projet.

Le Comité des programmes remarque en outre que la plupart des projets soumis par les établissements universitaires peuvent être pris en charge par d'autres institutions d'enseignement ou par des organismes existants déjà dans un milieu donné.

Ce sont là les quelques commentaires généraux qu'ont tenu à formuler les membres du Comité des programmes avant d'émettre des remarques particulières sur chacun des projets présentés à l'intérieur du second volet du Fonds de développement pédagogique.

En plus des lacunes mentionnées ci-dessus et valables pour chacun des projets, on doit signaler que:

- les projets 1, 2, 4 et 6 font peu ou pas état de la situation des clientèles visées, fournissent très peu d'indications sur les clientèles qui ont facilement ou non accès à l'expertise universitaire, sont plus ou moins ambigus quant aux clientèles qui seront éventuellement desservies;
- les projets 1, 3, 6, 7, 8 et 9 passent quasi sous silence la spécificité de l'intervention universitaire dans un domaine donné par rapport au rôle joué par des organismes externes dans les mêmes domaines, ne constituent pas des actions typiquement universitaires découlant des deux autres missions traditionnelles de l'université;
- les projets 1, 2, 7 et 8 ne traitent que de façon très superficielle de la contribution des organismes impliqués dans les projets soumis (participation financière de ces organismes, participation à la description des activités, ressources humaines et physiques pouvant être mises à contribution);
- les projets 3, 4 et 6 ne contiennent aucune méthodologie d'évaluation ou font état d'une méthodologie si sommaire que les universités concernées n'auraient pu mesurer avec rigueur les résultats des expériences proposées, une dimension pourtant capitale quand on connaît le caractère expérimental et l'objectif général du second volet.

Voilà les raisons qui ont amené le Comité des programmes à juger non admissibles, pour fins de subvention spéciale, les projets 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 et 9 énumérés plus haut. Le Conseil des universités fait siennes ces raisons du Comité et recommande au ministre de l'Éducation de n'accepter aucun des huit projets en question.

3. Recommandation

Compte tenu de ce qui précède, le Conseil des universités, à sa séance régulière du mois d'avril, convenait de recommander au ministre de l'Éducation

(d'approuver le projet modifié de l'Université
(du Québec à Trois-Rivières, projet intitulé
(«Centre d'information, de formation et de
(consultation pour les parents ou parents
(substituts d'enfants âgés entre 0 et 3 ans
((inclusivement) et le personnel des organis-
(mes de services à l'enfance et à la famille»;
(
(et d'inviter l'Université du Québec à Trois-
(Rivières à soumettre au Comité des pro-
(grammes un rapport d'étape faisant état de
(l'avancement des travaux, de la méthodo-
(logie d'évaluation utilisée ainsi que de la
(prise en charge du projet par les organismes
(externes avant que ce projet ne reçoive la
(seconde partie de la subvention demandée
(pour l'année 1982-1983.

Avis n° 81.12

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur le financement du réseau universitaire 1982-83

Dépôt légal — 2e trimestre
ISSN - 0709-3985
Québec, le 30 avril 1982.

Table des matières

Page

Introduction 471

1. La situation financière des universités: passée, présente et future 471

1.1 Évolution de l'effort financier du Québec pour l'enseignement universitaire de 1974-75 à 1981-82 471

1.2 Évolution des clientèles et des dépenses per capita 473

1.2.1 Évolution des clientèles par niveau d'enseignement 473

1.2.2 Évolution des dépenses per capita de 1974-75 à 1981-82 473

1.2.3 Effets du non-financement des clientèles additionnelles 477

1.3 La situation financière actuelle des universités 477

1.4 Les compressions annoncées 477

1.4.1 Les paramètres pour 1982-83 477

1.4.2 Les compressions budgétaires annoncées pour 1982-83, 1983-84 et 1984-85 479

2. Le cadre de l'avis 484

3. La mission et les grands objectifs de l'université 485

4. La planification des activités 486

5. Une nouvelle forme de financement 487

6. Conclusions 487

7. Recommandations 488

Obiter Dictum 491

Annexe I 493

Annexe II 499

Annexe III 503

Introduction

L'an dernier, le Conseil des universités avait formulé deux avis sur le financement des universités: le premier sur le niveau global de financement du réseau, le second sur les règles de répartition des ressources entre les établissements. Cette année, étant donné que les modifications proposées aux règles budgétaires sont plus complexes, le présent avis du Conseil portera surtout sur le niveau de financement, bien que certains aspects du partage y seront évoqués. Le Conseil profitera d'un avis ultérieur pour faire connaître plus précisément sa position sur les règles de partage de l'enveloppe entre les établissements.

On trouvera dans un premier chapitre une description de la situation financière de l'ensemble des universités québécoises telle qu'elle a évolué ces dernières années et telle qu'on peut prévoir qu'elle sera dans les prochaines années. Les chapitres suivants décrivent les préoccupations du Conseil des universités en ce qui concerne l'impact de cette situation sur les missions fondamentales de l'université et sur les grands objectifs de l'enseignement supérieur. Quelques problèmes particulièrement sérieux et quelques moyens à explorer pour minimiser les effets néfastes des coupures budgétaires y sont également examinés.

C'est en s'appuyant sur cette toile de fond tant financière que qualitative que le Conseil formule ensuite ses recommandations.

1. La situation financière des universités: passée, présente et future

Pour donner un avis éclairé et utile sur le niveau de financement des universités pour l'année 1982-83, le Conseil des universités a voulu situer dans son contexte véritable la situation financière des universités. C'est pourquoi son analyse porte successivement sur l'histoire récente du financement des universités québécoises, sur les coupures budgétaires de 1981-82 et sur celles prévues pour les trois prochaines années, en considérant particulièrement les effets des augmentations des clientèles étudiantes et de leur non-financement. Il passe aussi en revue les contraintes éprouvées par les universités et les mesures qu'elles ont prises pour affronter les compressions.

1.1 Évolution de l'effort financier du Québec pour l'enseignement universitaire de 1974-75 à 1981-82

L'État québécois est le plus important bailleur de fonds des universités. Il finance présentement par ses subventions de fonctionnement environ 70% des dépenses courantes des universités (incluant celles reliées à la recherche, aux services à la collectivité et aux entreprises auxiliaires). Cette participation de l'État s'est d'ailleurs considérablement accrue au cours de la dernière décade, en raison notamment de la politique du gel des frais de scolarité dans les universités québécoises. En effet, les subventions de l'État qui représentaient 57% des dépenses de fonctionnement des universités en 1970-71, comptent maintenant pour plus de 70%.

Comparaison des dépenses et des subventions (en milliers de $) de fonctionnement des universités entre 1970-71 et 1980-81

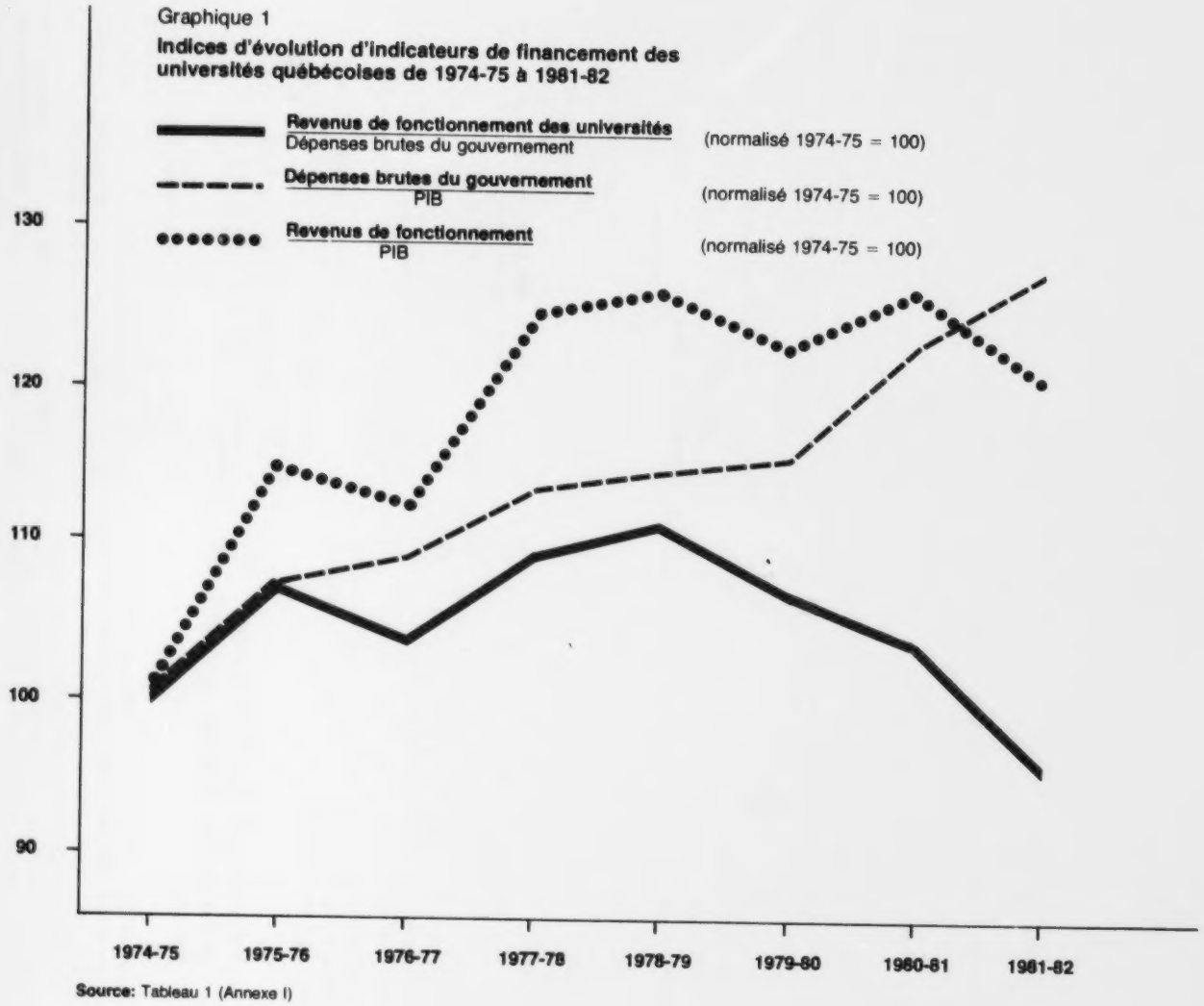
	1970-71	1980-81
A- Subventions du MEQ	145 654	763 066
B- Dépenses de fonctionnement	257 429,5	1 079 498
C- Ratio A/B x 100	57,0	71,0

Pour l'État, le fait d'occuper une part de plus en plus importante dans le financement universitaire, l'a conduit petit à petit à contrôler davantage le rythme de croissance des universités en ajustant en conséquence ses subventions de fonctionnement.

Au Graphique 1 et au Tableau 1 de l'Annexe I, on peut observer que la part des dépenses gouverne-

Graphique 1

Indices d'évolution d'indicateurs de financement des universités québécoises de 1974-75 à 1981-82



Source: Tableau 1 (Annexe I)

mentales affectée au fonctionnement des universités s'est réduite de façon significative au cours des huit dernières années. En 1974-75 par exemple, les subventions de fonctionnement aux universités comptaient pour 4,16% des dépenses du gouvernement, alors qu'en 1981-82 elles ne représentaient plus que 3,99% de ces dépenses. Cette baisse s'est cependant manifestée à la fin de la période plutôt qu'au début puisqu'au cours des cinq premières années, soit de 1974-75 à 1978-79, le ratio «subventions aux universités/dépenses gouvernementales» a augmenté de 11%, après quoi il a décru de 15% entre 1978-79 et 1981-82.

On observe également au cours de la même période un plafonnement de l'importance relative des subventions de fonctionnement aux universités par rapport au produit intérieur brut (PIB) du Québec. En effet, si, de 1974-75 à 1977-78, la part du PIB affectée aux universités s'est accrue de façon assez marquée, à partir de 1977-78 elle est demeurée à peu près constante. La part du PIB consacrée aux dépenses gouvernementales québécoises par contre n'a pratiquement pas cessé d'augmenter au cours des huit dernières années. Ainsi le ratio dépenses gouvernementales/PIB a augmenté de 27% globalement de 1974-75 à 1981-82, alors que le ratio subventions aux universités/PIB s'est accru de 22% durant la même période.

En bref, ces quelques comparaisons illustrent bien que le Québec a consenti au cours des huit dernières années un effort financier considérable pour le développement de son réseau universitaire mais qu'à partir de 1978-79 cet effort s'est manifestement ralenti.

1.2 Évolution des clientèles et des dépenses per capita

Ce ralentissement s'est par ailleurs manifesté dans une période de croissance importante des clientèles de niveau universitaire, qu'il convient de mettre en regard de l'évolution des clientèles aux autres niveaux d'enseignement.

1.2.1 Évolution des clientèles par niveau d'enseignement

De tous les niveaux d'enseignement québécois, c'est de loin le réseau universitaire qui a connu la plus forte augmentation de clientèles depuis 1974-75. En effet, au cours des huit dernières années la clientèle des universités s'est accrue de 44%, celle des collèges de 22% tandis que celle des commissions scolaires au niveau primaire et secondaire a diminué de 23%. Ainsi, l'importance de la clientèle universitaire dans l'ensemble des étudiants québécois est passée de 5,8% en 1974-75 à 8,3% en 1981-82.

Les données qu'on retrouve au Tableau 2 (Annexe I) sont représentées au Graphique 2.

Comme nous verrons, cette croissance phénoménale de la clientèle au niveau universitaire n'est pas étrangère aux nombreux problèmes de financement que connaît le réseau universitaire depuis quelques années.

1.2.2 Évolution des dépenses per capita de 1974-75 à 1981-82

On peut constater sur le Graphique 3 l'évolution des dépenses par étudiant dans les universités québécoises depuis 1974-75, après soustraction des effets de l'inflation (c'est-à-dire en dollars constants de 1974-75). On y constate qu'elles ont décru de 400 $ entre 1974-75 et 1981-82 pour se situer à environ 4 700 $ par étudiant en 1981-82. Pendant cette même période, les coûts par étudiant, en dollars constants, ont augmenté d'environ 600 $ pour l'enseignement primaire et secondaire et d'environ 650 $ pour l'enseignement collégial.

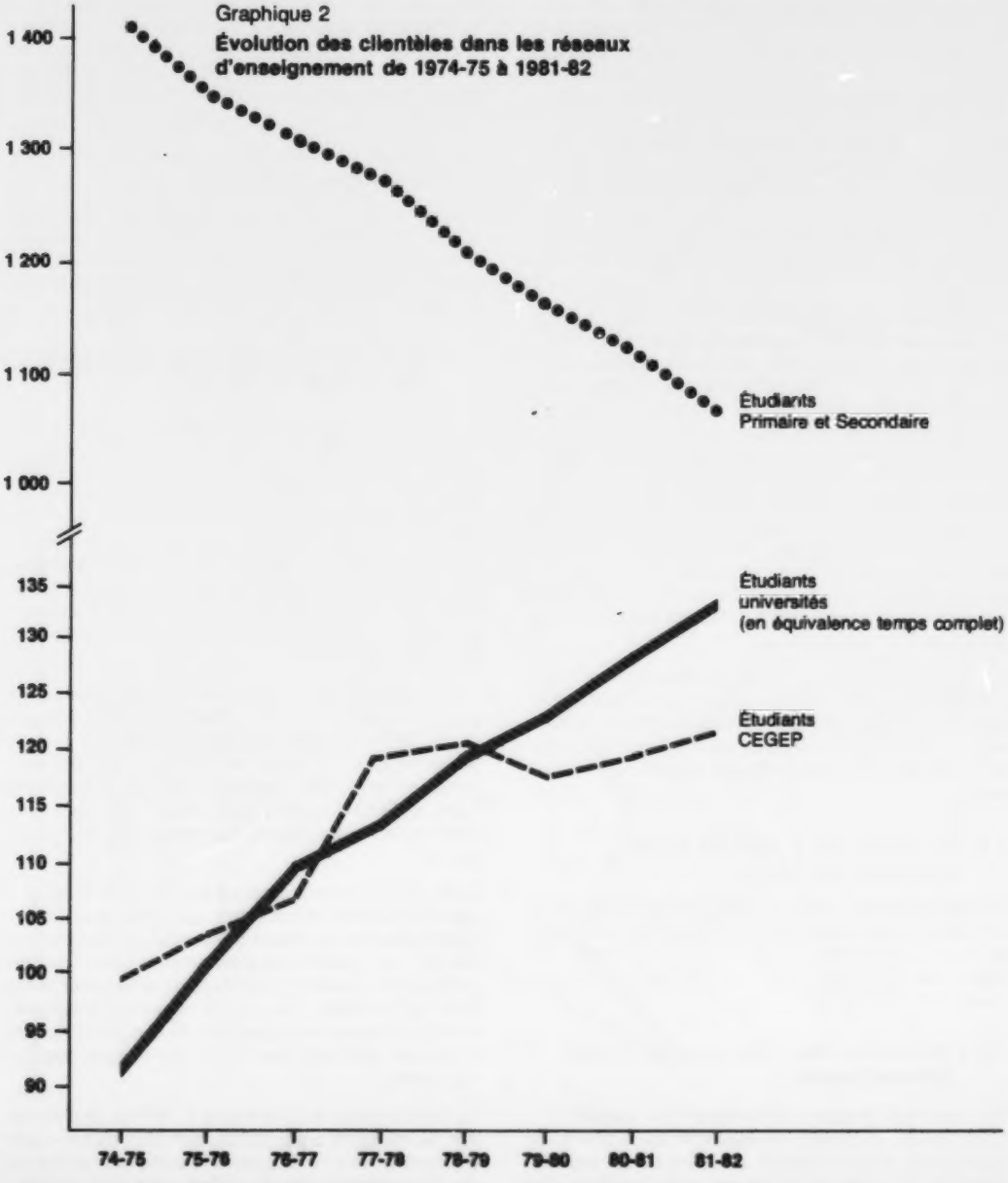
La détérioration du per capita au niveau universitaire a été particulièrement marquée depuis 1978-79 avec l'apparition des premières coupures dans le budget de l'Éducation. En effet, les dépenses par étudiant dans les universités québécoises ont diminué de 2,3% en 1979-80, de 4,2% en 1980-81 et de 6,4% en 1981-82 soit une baisse cumulative de 12,3% ou 655 $.

Cette détérioration s'explique en partie par le fait que depuis 1979-80, le ministère de l'Éducation ne finance plus les clientèles universitaires additionnelles par des crédits supplémentaires mais par un prélèvement à même l'enveloppe prévue pour le réseau universitaire. Aux autres niveaux d'enseignement par contre, les variations de clientèles étaient financées aux trois quarts par des crédits supplémentaires.

La comparaison au Graphique 4 de l'indice d'évolution des dépenses per capita aux différents niveaux d'enseignement montre bien l'importance relative du non-financement des nouvelles clientèles universitaires sur l'évolution du per capita à l'université.

Graphique 2

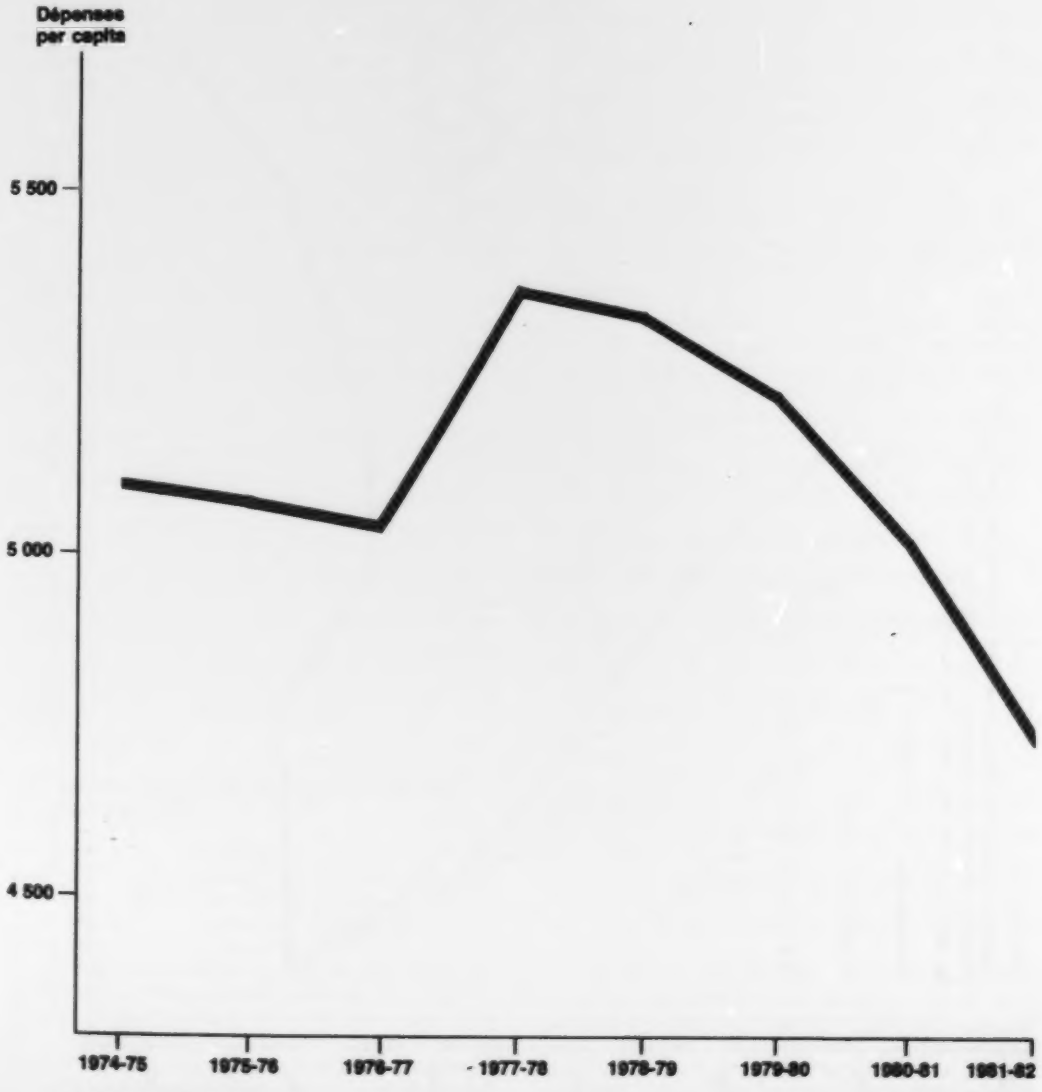
Évolution des clientèles dans les réseaux d'enseignement de 1974-75 à 1981-82



Source: Tableau 2 (Annexe I)

Graphique 3

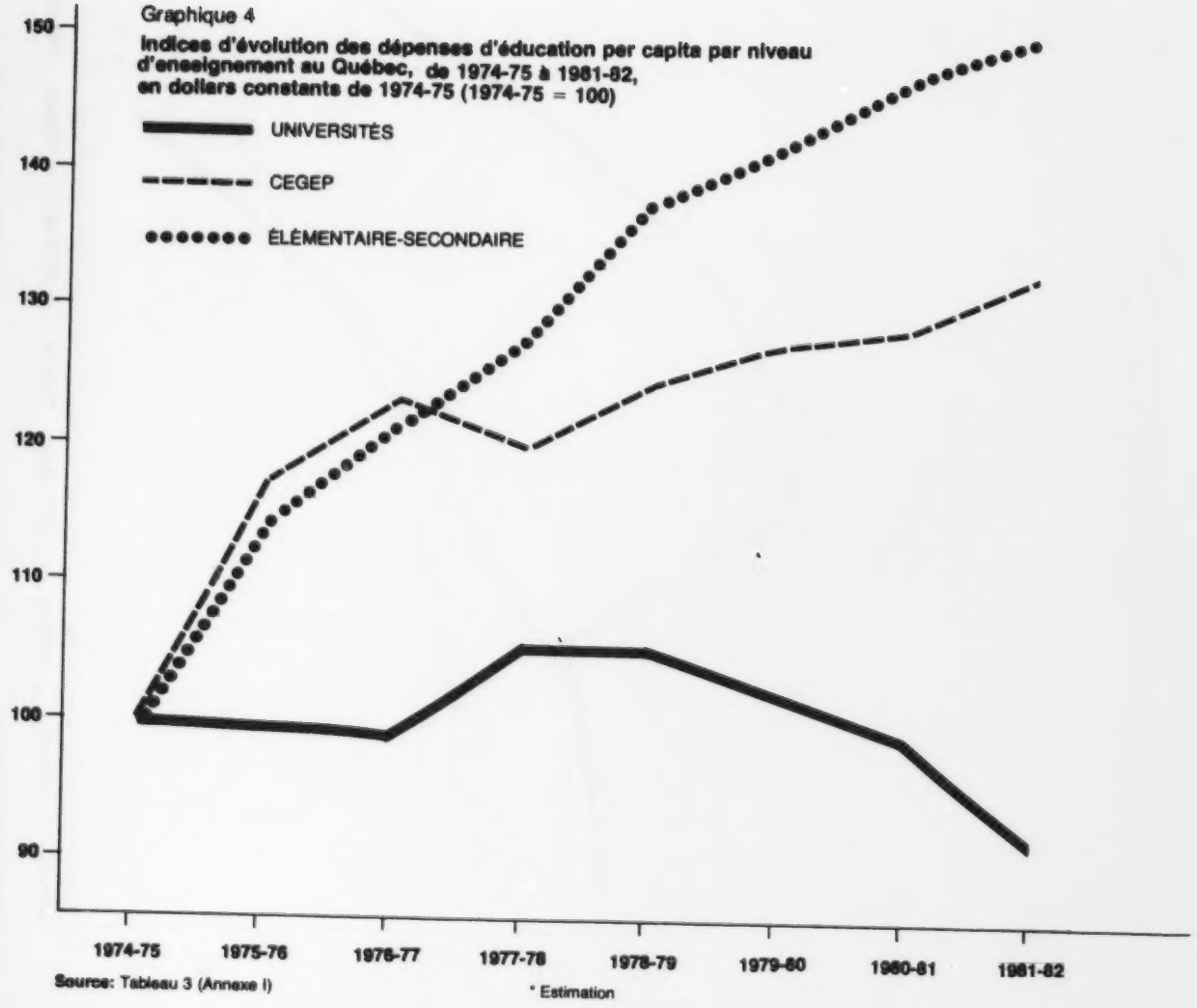
Évolution en dollars constants de 1974-75 des dépenses d'éducation per capita du réseau universitaire de 1974-75 à 1981-82



Source: Tableau 3 (Annexe I)

Graphique 4

Indices d'évolution des dépenses d'éducation per capita par niveau d'enseignement au Québec, de 1974-75 à 1981-82, en dollars constants de 1974-75 (1974-75 = 100)



Source: Tableau 3 (Annexe I)

* Estimation

1.2.3 Effets du non-financement des clientèles additionnelles

Le non-financement des clientèles additionnelles depuis 3 ans représente une compression budgétaire très sévère. En effet, en plus de subir des coupures liées à une indexation partielle de leurs subventions, les universités ont dû financer le développement du réseau par des prélèvements dans leur enveloppe de base. En fait, depuis 1978-79, il s'est ajouté quelque 17 000 étudiants équivalents dans les universités québécoises sans qu'aucune ressource supplémentaire n'ait été consentie par l'État. Ainsi le non-financement des clientèles additionnelles du réseau universitaire depuis 1979-80 représente une compression cumulative d'environ 125 M de $ constants de 1974-75 et une diminution de la subvention per capita d'environ 464 $, toujours en dollars constants de 1974-75. Le non-financement des clientèles additionnelles est donc responsable d'une part importante de la décroissance des subventions per capita qu'on observe depuis 1979-80 sur le Graphique 3.

Le Graphique 5 illustre bien cette situation et ses effets sur l'évolution des subventions de fonctionnement per capita des universités pour les trois prochaines années. Pour faire cette projection, on s'est basé sur les règles budgétaires prévues par le ministère de l'Éducation pour ces années et on a supposé une stabilisation des clientèles étudiantes à partir de 1981-82, ce qui est évidemment une hypothèse très peu réaliste. Dans l'hypothèse où les clientèles augmenteraient au cours de ces années sans qu'aucun changement ne se produise concernant le financement des clientèles additionnelles, la situation serait encore plus dramatique pour le réseau universitaire.

1.3 La situation financière actuelle des universités

Pour faire face à ces diverses mesures d'austérité, introduites le plus souvent sans préavis, les universités ont eu recours aux divers moyens disponibles à court terme. En ce domaine, elles ont épuisé une large part de leur marge de manoeuvre. Ainsi, elles ont réduit considérablement leurs dépenses non salariales, qu'il s'agisse des dépenses d'énergie, de téléphone, de fournitures et de matériels, etc. Elles ont dû aussi diminuer les budgets des services de support direct à l'enseignement et à la recherche, y compris malheureusement les budgets d'acquisitions de volumes pour les bibliothèques.

D'autres universités ont rationalisé au maximum leur banque de cours en réduisant le nombre de cours offerts ou en augmentant la taille moyenne de leur groupe-cours, atteignant même dans certains cas les limites physiques des locaux disponibles, ce qui a permis des économies en particulier au niveau des chargés de cours. Par ailleurs, elles ont réduit leurs dépenses salariales en fermant des postes vacants, en réduisant l'engagement d'auxiliaires d'enseignement et même dans certains cas en obtenant des concessions de leurs personnels. Toutes ces économies n'ont cependant pas permis d'en arriver à un budget équilibré en 1981-82.

Ces coupures faites rapidement là où elles pouvaient se faire, et pas toujours là où on aurait pu souhaiter qu'elles se fassent, pourront avoir des effets négatifs sur l'étendue et la qualité des services offerts aux étudiants.

Malgré des économies considérables depuis 1978-79, les universités québécoises prévoyaient terminer l'année en cours avec un déficit d'exercice de l'ordre de 47 M de $. Ainsi le déficit accumulé au 31 mai 1982 s'élèverait à 35 M de $ ce qui équivaut environ 3% du budget de fonctionnement du réseau universitaire. Un résumé de la situation financière des universités se retrouve à l'Annexe II.

1.4 Les compressions annoncées

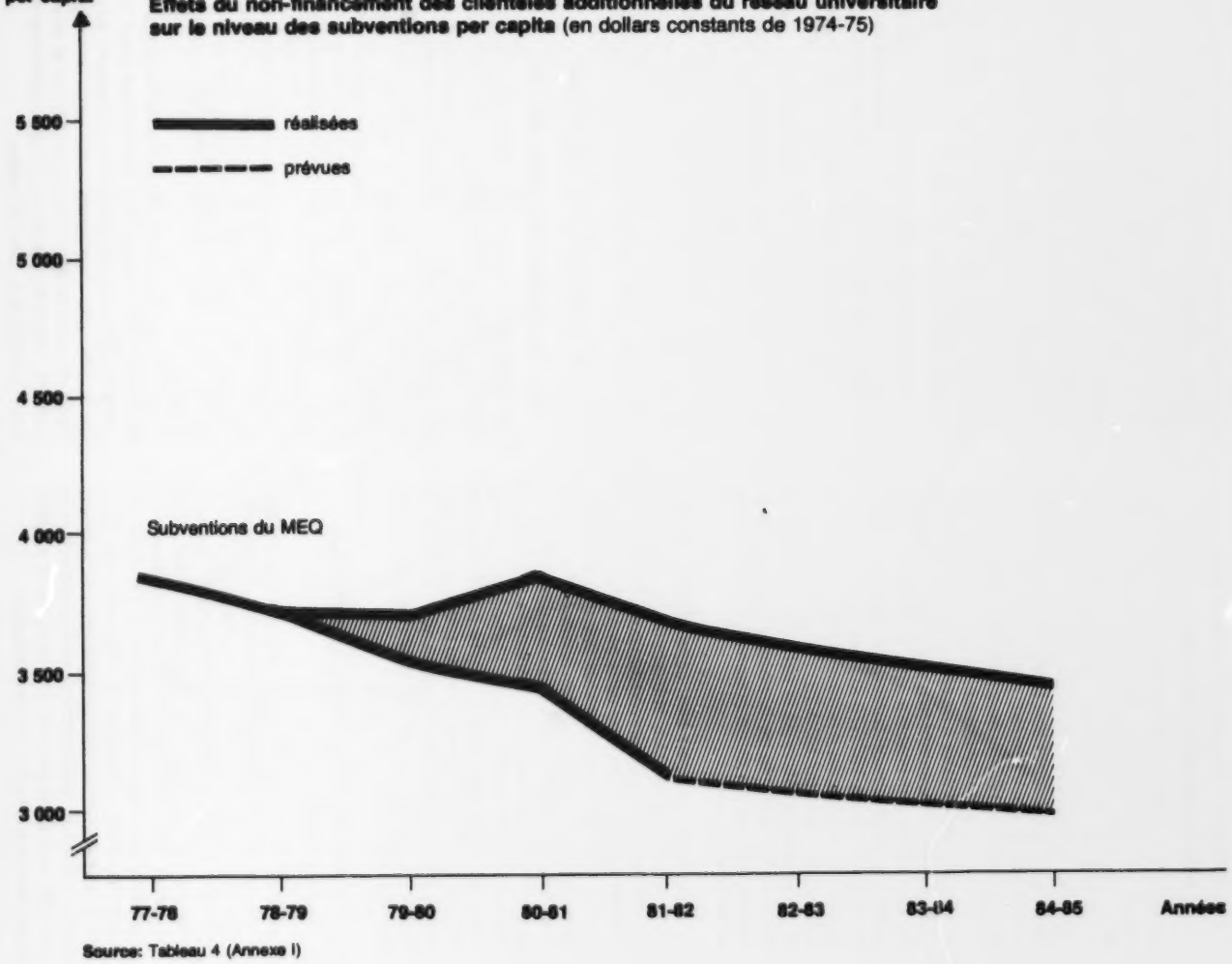
1.4.1 Les paramètres pour 1982-83

La demande d'avis sur le niveau global de financement du réseau universitaire pour 1982-83 propose une augmentation de 11% de l'enveloppe qui passerait ainsi à 900,6 M de $. Cette augmentation inclut une indexation de 13,04% des traitements (incluant 2% pour le vieillissement), de 20% des dépenses d'énergie et 10,1% des autres dépenses, le tout suivi d'une compression globale de 2,4%. Le ministère avait initialement prévu que cette dernière compression serait de 3,5% et il entend réserver la différence pour réajuster les bases de financement des universités, ce qui signifie que la compression éventuellement demandée à chaque établissement sera fonction de la subvention par étudiant qu'elle reçoit actuellement.

La demande d'avis contient en outre l'engagement d'ajuster l'enveloppe des universités pour tenir compte de l'indexation réelle des traitements au coût de la vie. Elle mentionne enfin que l'enveloppe 1982-83 pourrait être plus importante si le gouvernement octroyait un financement supplémentaire pour les clientèles additionnelles.

Graphique 5

Effets du non-financement des clientèles additionnelles du réseau universitaire sur le niveau des subventions per capita (en dollars constants de 1974-75)



Source: Tableau 4 (Annexe I)

Le MEQ a également indiqué son intention de remplacer graduellement l'actuelle formule de financement des variations des clientèles par une nouvelle méthode de financement des clientèles additionnelles. Comme la formule actuelle implique des moyennes sur les années antérieures, des prélèvements de l'ordre de 36 M de $ pour les trois prochaines années, soit 20 M de $ en 1982-83, 14 M de $ en 1983-84 et 2 M de $ en 1984-85, seront nécessaires pour compléter le financement des clientèles nouvelles des années précédant 1982-83. Il s'agira là de compressions supplémentaires, puisque ces montants seront prélevés à même l'enveloppe des subventions de fonctionnement du réseau universitaire.

1.4.2 Les compressions budgétaires annoncées aux universités pour 1982-83, 1983-84 et 1984-85

En septembre 1981 le ministère de l'Éducation a annoncé aux universités qu'elles devraient subir, pendant les trois prochaines années, soit de 1982-83 à 1984-85, des compressions de dépenses semblables à celles de l'ensemble des secteurs public et para-public. En dollars constants, ceci signifie une diminution du niveau global des dépenses admissibles de 2,4% en 1982-83 et de 2,1% en 1983-84 et 1984-85. Par surcroît le ministère a demandé aux établissements universitaires d'atteindre l'équilibre budgétaire durant cette période, ce qui représente des efforts supplémentaires de compression. Ces restrictions budgétaires s'ajoutent à celles des années antérieures qui, nous l'avons vu précédemment, ont lourdement affaibli la situation financière du réseau universitaire.

Pour évaluer les conséquences dans un proche avenir de ces compressions, nous avons calculé ce que seraient les revenus et les dépenses des universités, si l'on suppose le maintien à leur niveau actuel des clientèles étudiantes et des revenus autres que la subvention du MEQ, et le remboursement sur une période de 10 ans de la dette du réseau. Ce calcul, qu'on retrouve au Tableau A, montre que l'ensemble des dépenses du réseau universitaire devrait alors diminuer d'environ 9% en dollars constants pendant la période de 1981-82 à 1984-85, ce qui représente une coupure de 104,8 millions de dollars. Comme cette réduction des dépenses devrait se faire en même temps que s'ajouteraient les obligations découlant du remboursement de la dette, c'est à une diminution encore plus importante du niveau d'activités que devraient s'astreindre les universités. On peut estimer que cette diminution serait d'environ 121,2 millions de dollars, soit environ 400 $ par étudiant, au cours des trois prochaines années. Le Graphique 6 montre l'évolution prévue des dépenses per capita au cours de cette période.

Pour illustrer très sommairement les implications de ce plan d'équilibre théorique, le Tableau B montre globalement les effets sur le réseau universitaire de deux hypothèses de réduction de dépenses. Dans l'hypothèse où les compressions seraient réparties uniformément sur toutes les masses de dépenses, la diminution des masses salariales serait d'environ 91,0 M de $, dont 30,4 M de $ pour les enseignants réguliers, 11,6 M de $ pour les autres enseignants et 39,6 M de $ pour les autres personnels. Si, par contre, les coupures étaient plus sélectives, la diminution des masses salariales pourrait être de 14,9 M de $ pour les enseignants réguliers, de 34,2 M de $ pour les autres enseignants et de 58,0 M de $ pour les autres personnels. À titre indicatif seulement, peut-on imaginer ce que ces montants représentent en termes de fermeture de postes?

Pour les enseignants réguliers, en supposant un salaire moyen de 40 000 $ par année, la réalisation de ce plan d'équilibre signifierait l'abolition de 330 postes de professeurs en 1982-83, de 225 en 1983-84 et de 205 en 1984-85, soit 760 postes en trois ans, en retenant la première hypothèse, ou de 163 postes de professeurs en 1982-83, de 110 en 1983-84 et de 100 en 1984-85, pour un total de 373 postes, en privilégiant plutôt la deuxième hypothèse. Pour les autres enseignants, en majorité des chargés de cours, la réduction pendant la même période serait de plus de 3 800 activités, à raison de 3 000 $ chacune, dans le cas où l'on retiendrait la première hypothèse ou d'environ 11 400 activités en optant pour la deuxième. Quant aux autres personnels (professionnel, cadre et soutien), la diminution totale de postes serait de l'ordre de 1 320 ou de 1 930 respectivement en supposant un salaire moyen de 30 000 $ par année. Au total donc, ce serait plus de 2 000 postes qu'il faudrait supprimer et entre 3 800 et 11 400 activités de chargés de cours qu'il faudrait abolir pour en arriver à l'équilibre budgétaire d'ici 1984-85 en comprimant les dépenses selon les prévisions du MEQ et en maintenant l'indexation des salaires au coût de la vie et les clientèles à leur niveau actuel.

En résumé, les compressions financières annoncées pour les trois prochaines années pourraient entraîner une diminuton de 9% des dépenses per ca-

Tableau A

Simulation d'un plan d'équilibre des revenus et des dépenses de fonctionnement des universités jusqu'en 1984-85 à partir des paramètres annoncés par le MEQ (en M de $)

Revenus des universités	Réels		Prévus en $ constants 81-82		
	1980-81[2]	1981-82[3]	1982-83	1983-84	1984-85
Dépenses admissibles					
— Dépenses de base					
Masses salariales[1]	621,5	679,7			
Autres dépenses	125,2	135,6			
sous-total	71,6	71,3			
— Cas particulier					
A- Total des dépenses admissibles[4]	818,3	886,6	865,3	847,1	829,3
B- Revenus de scolarité, d'inscription et amendes	68,0	75,6	78,8	78,8	78,8
C- Subventions MEQ A - B	750,3	811,0	786,5	768,3	750,5
D- Autres revenus	255,0	253,5	253,5	253,5	253,5
Total des revenus B + C + D	**1 073,3**	**1 140,1**	**1 118,8**	**1 100,6**	**1 082,8**
E- Déficit (surplus)[5]	6,2	47,5	24,0	12,0	—
Dépenses des universités					
— Masses salariales					
Enseignants	**364,7**	**412,1**	**(Voir tableau B pour les hypothèses de réductions de dépenses)**		
Autres personnels	**345,7**	**387,1**			
Avantages sociaux	**75,3**	**92,4**			
sous-total	**785,7**	**891,6**			
Autres dépenses	**293,8**	**295,0**			
Sous-total des dépenses	**1 079,5**	**1 187,6**	**1 134,9**	**1 099,1**	**1 066,4**

Dépenses des universités	Réels		Prévus en $ constants 81-82		
	1980-81[2]	1981-82[3]	1982-83	1983-84	1984-85
Remboursement du déficit accumulé au[6] 31/5/82			7,9	7,9	7,9
31/5/83				5,6	5,6
31/5/84					2,9
Sous-total remboursement			7,9	13,5	16,4
F- Total des dépenses	**1 079,5**	**1 187,6**	**1 142,8**	**1 112,6**	**1 082,8**
G- Clientèles EETC	128 358	133 755	133 755	133 755	133 755
Δ en %		+4,2	0	0	0
Dépenses per capita F ÷ G	8 410	8 879	8 544	8 318	8 095
Δ en %		+5,6	−3,8	−2,6	−2,7
Dépenses per capita en $ constants 74-75	5 008	4 688	4 511	4 392	4 274
Δ en %		−6,4	−3,8	−2,6	−2,7

[1] Incluant les avantages sociaux.

[2] Excluant FCAC en 80-81 (13,2 M de $).

[3] Ajustement de 10,2 M de $ aux subventions du MEQ pour l'accroissement des contributions à la RAMQ.

[4] À partir de 82-83 les dépenses admissibles sont comprimées respectivement de 2,4%, 2,1% et 2,1% annuellement.

[5] Réduction de 50% du déficit d'exercice en 1982-83 et en 1983-84.

[6] Le remboursement de la dette est échelonné sur 10 ans et est calculé à partir d'un taux d'intérêts de 20% pour un déficit accumulé de 35 M de $ au 31/5/82, de 24 M de $ au 31/5/83 et de 12 M de $ au 31/5/84.

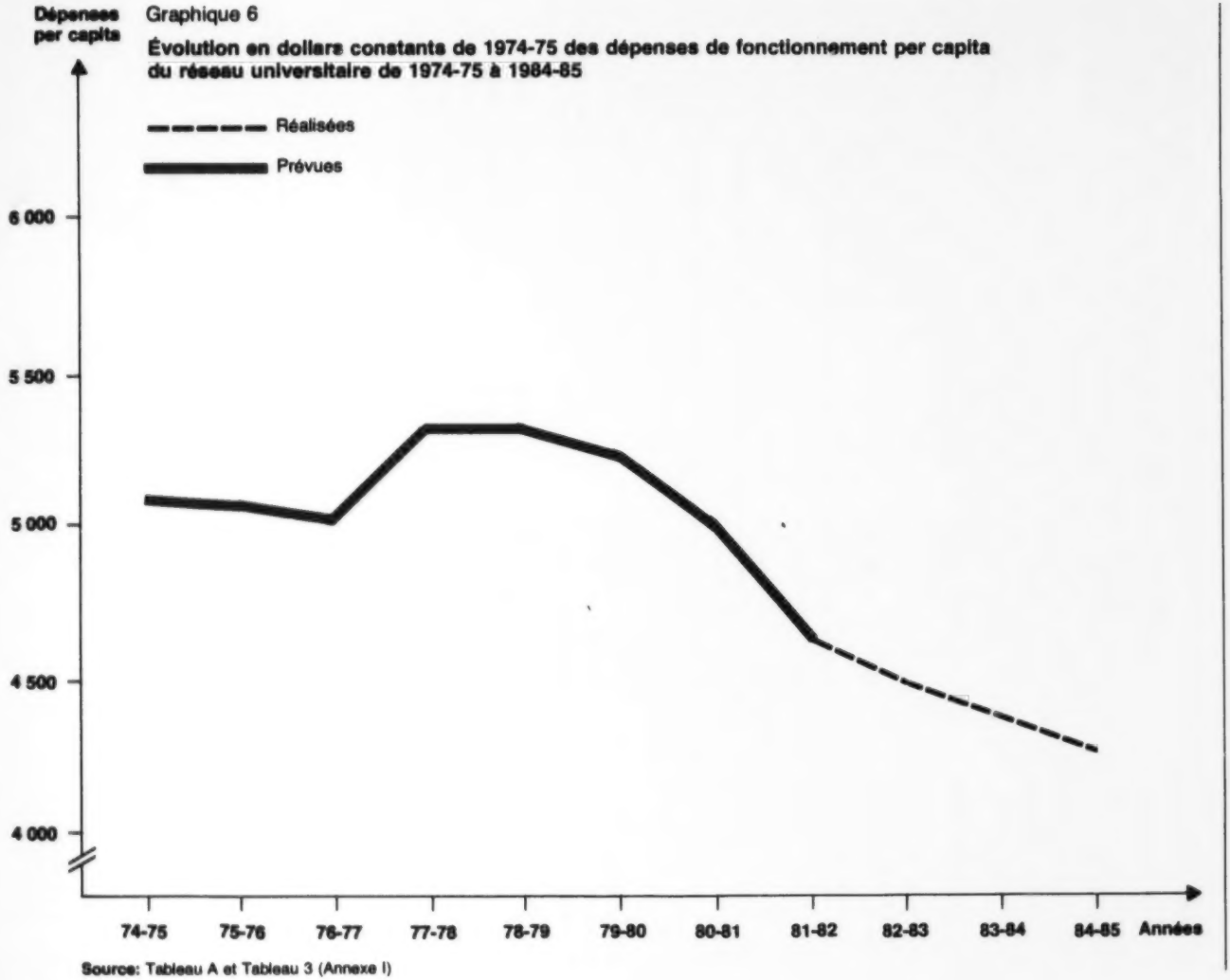
pita du réseau universitaire dans l'hypothèse d'une stabilisation des clientèles au niveau de 1981-82. Cet effort d'austérité demandé aux universités s'ajouterait aux compressions de 12% qu'elles ont subies depuis 1978-79, en particulier par le non-financement des clientèles additionnelles. Sur toutes la période de 1978-79 à 1984-85, les universités auront donc vu leurs dépenses per capita diminuer de plus de 20% en dollars constants.

Comparaison des dépenses per capita de 1978-79, 1981-82 à 1984-85

	1978-79		1981-82		1984-85
Dépenses per capita en $ constants de 1974-75	5 343		4 688		4 274
Δ en %		−12%		−9%	

Graphique 6

Évolution en dollars constants de 1974-75 des dépenses de fonctionnement per capita du réseau universitaire de 1974-75 à 1984-85



Source: Tableau A et Tableau 3 (Annexe I)

Tableau B

Hypothèses de réductions de dépenses des universités pour atteindre l'équilibre budgétaire en 1984-85
(en M de $ constants de 1981-82).

		HYPOTHÈSE X				HYPOTHÈSE Y			
Dépenses des universités	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Masses salariales	**81-82**	**82-83**	**83-84**	**84-85**	**(1)-(4)**	**82-83**	**83-84**	**84-85**	**(1)-(8)**
Enseignants réguliers	298,2	285,0	276,0	267,8	30,4	291,7	287,3	283,3	14,9
Enseignants autres	113,9	108,8	105,4	102,3	11,6	99,0	88,9	79,7	34,2
Enseignants sous-total	**412,1**	**393,8**	**381,4**	**370,1**	**42,0**	**390,7**	**376,2**	**363,0**	**49,1**
Autres personnels	387,1	369,9	358,2	347,5	39,6	361,9	344,8	329,1	58,0
Avantages sociaux	92,4	88,3	85,5	83,0	9,4	88,8	86,3	84,1	8,3
Sous-total	**891,6**	**852,0**	**825,1**	**800,6**	**91,0**	**841,4**	**807,3**	**776,2**	**115,4**
Autres dépenses	296,0	282,9	274,0	265,8	30,2	293,5	291,8	290,2	5,8
Total des dépenses	**1 187,6**	**1 134,9**	**1 099,1**	**1 066,4**	**121,2**	**1 134,9**	**1 099,1**	**1 066,4**	**121,2**
Compressions de dépenses		52,7	35,8	32,7		52,7	35,8	32,7	

HYPOTHÈSE X: Compressions uniformes sur toutes les masses de dépenses de 4,43752% en 82-83, de 3,15446% en 83-84 et de 2,97516% en 84-85.

HYPOTHÈSE Y: Compressions sélectives échelonnées sur les trois années; environ 5% sur la masse salariale des enseignants réguliers, 30% pour celle des autres enseignants, 15% pour celle des autres personnels, 9% pour les avantages sociaux et 2% pour les autres dépenses.

2. Le cadre de l'avis

Les données du chapitre précédent font clairement ressortir l'ampleur des compressions budgétaires imposées aux universités québécoises. On pourrait à la rigueur comprendre l'effort demandé s'il représentait la part raisonnable du réseau universitaire dans une tentative de réduire les dépenses gouvernementales en particulier dans le secteur de l'éducation. Tel n'est évidemment pas le cas ainsi que le démontre l'évolution des dépenses per capita des divers niveaux d'enseignement (Graphique 4).

On pourrait aussi penser que les compressions des dernières années font partie d'un effort bien planifié de rationalisation et de restructuration du réseau universitaire dans le but d'en hausser la productivité. Mais alors, il aurait fallu qu'on identifie clairement les lacunes à corriger et qu'on établisse des plans comportant des objectifs réalistes et des démarches appropriées. Est-il nécessaire de faire la preuve que tel n'a pas été le cas? Quand par exemple on estime nécessaire de revoir les conditions de travail des personnels, on profite de la négociation des conventions collectives, car, ainsi que le gouvernement le sait fort bien, il est très difficile de modifier une convention en vigueur. De même, si on souhaite une plus grande rationalisation des programmes, on commence par mettre en place les mécanismes nécessaires.

En réalité, certaines des compressions imposées par le gouvernement au réseau universitaire, par exemple le non-financement des clientèles additionnelles, sont presque directement en contradiction avec ses objectifs avoués d'accroître l'accès à l'université. On comprend donc que le Conseil, comme de nombreux observateurs, soit extrêmement perplexe quant au sens à donner aux coupures des dernières années. Il comprend fort bien le présent contexte d'austérité, mais il reste avec la désagréable impression que si les universités ont été plus touchées que les autres niveaux de l'Éducation, c'est qu'elles étaient plus vulnérables, le gouvernement n'ayant pas d'engagement formel vis-à-vis d'elles.

Le résultat, ou si l'on veut, l'impact de ces coupures est inquiétant. Elles ont touché des activités essentielles de l'université et elles ont introduit des déséquilibres sérieux entre les divers établissements, déséquilibres qu'il sera difficile de rétablir et qui constituent un obstacle à la collaboration. Enfin, conséquence peut-être inévitable mais qui aurait tout de même pu être atténuée par une mise en contexte sérieuse, les coupures ont introduit entre les divers partenaires du milieu universitaire des méfiances qu'il sera sans doute malaisé de dissiper.

Dans les paragraphes suivants, le Conseil, à partir de la connaissance qu'il possède du réseau universitaire québécois, identifiera quelques-uns des impacts spécifiques qu'ont produit les compressions budgétaires des récentes années et discutera des efforts qui pourraient être faits pour éviter que les activités essentielles de l'université ne soient les plus touchées. Le Conseil ne doute pas qu'un niveau plus élevé de financement permettrait de résoudre bien des problèmes auxquels sont confrontées les universités; mais dans le contexte actuel, s'en tenir à une telle recommandation serait selon toute vraisemblance un exercice futile. Le Conseil a plutôt choisi de discuter des efforts qui, de part et d'autres, pourraient être faits pour adapter le fonctionnement de l'université à ce contexte d'austérité tout en minimisant les retombées négatives sur ses activités essentielles.

Avant toute discussion, cependant, le Conseil veut rappeler fermement qu'une des conditions essentielles à tout exercice d'ajustement du fonctionnement du réseau universitaire est une vision claire des objectifs et des priorités gouvernementales ainsi que des limites des ressources financières qu'à moyen terme l'État entent mettre à la disposition des universités. Les coupures brusques et sans préavis, comme celles servies dans le passé, ne permettent pas de planifier raisonnablement l'austérité et causent de très graves dommages à leurs activités essentielles. Les universités peuvent et doivent certes s'adapter à un niveau moindre de financement en cette période d'austérité, mais elles ne peuvent le faire en catastrophe étant donné les engagements à long terme qu'elles doivent contracter à l'égard de leurs étudiants et de leurs personnels. Le ministère, au cours de l'année, a paru sensible à cette réalité en indiquant les limites de ses subventions au cours des prochaines années. C'est certes un pas dans la bonne direction, mais de telles prévisions devront aussi s'accompagner d'une description plus précise des objectifs à privilégier.

Enfin, sans revenir sur les années passées, le Conseil estime nécessaire que le ministère tienne compte des compressions déjà imposées au réseau universitaire au moment de planifier ses subventions des prochaines années et lui donne les moyens d'atténuer les effets les plus néfastes des coupures précédentes.

3. La mission et les grands objectifs de l'université

On s'entend assez vite sur les missions fondamentales de l'université: l'enseignement, la recherche et les services à la collectivité ainsi que sur les grands objectifs du réseau que sont l'accessibilité, la démocratisation des clientèles et la qualité des activités. Aussi le Conseil ne manque pas d'être préoccupé de l'impact que peuvent avoir les restrictions budgétaires actuelles sur ces missions et sur la poursuite de ces grands objectifs surtout quand on examine la façon dont se font les ajustements requis ou les moyens utilisés pour orienter les activités du réseau.

Sans procéder à un bilan qui ne saurait être exhaustif, il y a lieu de s'interroger sur les réalisations actuelles du réseau universitaire. Ainsi, dans son avis 80.6 de l'an dernier, le Conseil des universités indiquait que les québécois bénéficiaient à la fin des années 70 d'un niveau d'accès global à la formation universitaire comparable, voire même supérieur à celui dont jouissaient les citoyens des autres provinces y compris l'Ontario. Cette constatation globale, basée sur l'étude «Analyse de l'évolution de l'enseignement supérieur à la lumière d'indicateurs socio-économiques» (Étude Falardeau, DGES, Octobre 1980), masque cependant des réalités différentes:

a) le taux de fréquentation des francophones est inférieur à la moyenne canadienne;

b) le taux de fréquentation à temps complet est inférieur à la moyenne canadienne;

c) les taux de fréquentation aux programmes de baccalauréat et de doctorat sont inférieurs à la moyenne canadienne;

d) les taux de diplômation au baccalauréat, à la maîtrise et au doctorat sont inférieurs à la moyenne canadienne;

e) ce qui est dit plus haut est encore plus vrai pour certains secteurs névralgiques;

f) plusieurs des programmes de 1er cycle sont des programmes courts qui s'adressent souvent à des clientèles très spécifiques éprouvant des besoins de perfectionnement;

g) l'origine des clientèles est loin de reproduire la composition de la société.

Ces constatations proviennent de plusieurs études dont l'Étude Falardeau mentionnée plus tôt, une étude du Secrétariat au développement scientifique sur les populations étudiants (Étude Lagacé, Décembre 1981), deux études en cours au Conseil des universités (sur les certificats et sur les étudiants à temps partiel), etc. L'Annexe III contient des tableaux indicatifs provenant de ces diverses études.

Si le Conseil tient à rappeler ces données, c'est pour souligner que beaucoup reste à faire pour rendre le réseau universitaire au même niveau que celui de ses voisins. Et en conséquence, il faudra prendre tous les moyens pour éviter que l'austérité ne se traduise par un recul de sa performance d'ensemble.

Cela, bien entendu, signifie que le niveau et la formule de financement devront refléter réellement les objectifs gouvernementaux et non pas, par exemple, pénaliser les universités les plus réceptives aux nouvelles clientèles.

Mais cela veut aussi dire que les universités devront ajuster leur fonctionnement et privilégier les choix budgétaires qui permettent la poursuite la plus efficace de leurs missions et de leurs objectifs fondamentaux. À ce sujet, même s'il comprend les contraintes avec lesquelles doivent fonctionner les universités, le Conseil s'inquiète de certains choix qu'elles ont faits et qu'elles continuent de faire pour s'adapter à la conjoncture d'austérité. Les gels aveugles de poste qui touchent habituellement les jeunes professeurs, les coupures dans les budgets de recherche ou de services à la collectivité, la diminution des crédits affectés aux bibliothèques et aux autres services de support à l'enseignement ou à la recherche sont autant de compressions qui affectent directement le dynamisme des activités fondamentales de l'université. Pourtant d'autres choix sont aussi possibles, sur lesquels nous reviendrons plus loin, qui toucheraient moins directement ou moins aveuglément les activités d'enseignement ou de recherche. Le Conseil souhaite que les universités qui ne l'ont pas déjà fait s'engagent résolument dans cette voie.

Par exemple, en matière de gestion, les universités pourraient certes améliorer substantiellement leur efficacité. La gestion universitaire, on le sait, est lourde et complexe, les centres de décision sont nombreux et la participation aux décisions assez générale. Même si une telle façon de procéder comporte des avantages certains dans le cas d'une institution comme l'université, il faut se demander s'il n'y aurait pas lieu de porter une plus grande attention à l'efficacité de la gestion. Par exemple, tous les cadres académiques ou administratifs sont-ils vraiment requis? Faut-il autant de comités? Doivent-ils comprendre autant de personnes? Ces questions

sont d'autant plus pertinentes qu'en période de contraintes, les choix à faire et les décisions à prendre risquent d'entraîner un accroissement de l'appareil administratif ou à tout le moins du temps qu'on lui consacre.

De même, les prochaines négociations collectives devraient être l'occasion pour les parties en cause de rechercher des voies nouvelles, des mécanismes plus flexibles qui permettent une meilleure utilisation des ressources dont dispose l'université. Par exemple, pourquoi la définition de la tâche des professeurs ne pourrait-elle pas être modulée pour tenir compte de ses habiletés et de ses intérêts? N'y aurait-il pas lieu d'envisager certaines formes d'exclusivité d'emplois? Ou de prévoir des mécanismes permettant une mobilité minimale des personnes? Les politiques salariales seront évidemment étroitement liées à celles en vigueur dans le secteur public et les subventions vraisemblablement ajustées en conséquence du moins en ce qui concerne les employés syndiqués; mais il y aurait sans doute lieu, dans certains cas, d'ajuster les échelles des cadres de la même façon, c'est-à-dire suivant les échelles en vigueur dans la fonction publique pour des postes comportant des responsabilités semblables.

Les collaborations avec le monde extra-universitaire sont aussi à explorer et à encourager. Des collaborations du type détachements, prêts de services, commandites, peuvent permettre aux universités de réaliser des économies.

À moyen et long termes les universités peuvent ainsi envisager d'augmenter leurs revenus autonomes. A condition que ces revenus ne soient pas déduits des subventions gouvernementales, ils permettraient aux universités une plus grande autonomie et une plus grande marge de manoeuvre. Il faut cependant que ces revenus ne soient engendrés que par des activités compatibles à la mission d'enseignement et de recherche des universités. Certaines démarches pourraient même avoir des retombées autres que pécunières: des contrats de recherche ou des prêts de services bien choisis aideraient la recherche universitaire à être plus pertinente tant à la formation des étudiants qu'aux besoins de la société.

4. La planification des activités

Les mesures précédentes, même si elles permettent de dégager une certaine marge de manoeuvre, ne seront sans doute pas suffisantes pour permettre aux universités de faire face à une période d'austérité prolongée. En fait, comme plusieurs d'entre elles l'ont déjà compris, il faudra sans aucun doute revoir l'ensemble des programmes d'enseignement et de recherche et procéder à des choix de priorités. C'est de cette façon seulement que les universités pourront continuer à développer les secteurs qu'elles considèrent les plus importants. Aussi, le Conseil est-il heureux de constater que certaines universités ont procédé à la mise en place des premières étapes de ce processus, cette année.

Ces opérations de planification interne devraient, du moins le Conseil l'espère, resserrer les activités de l'université autour de ses missions essentielles d'enseignement, de recherche et de service à la collectivité, réduisant ou éliminant ce qui, tout en étant utile, revêt une importance moindre.

Elles devraient aussi permettre de développer des secteurs de qualité à l'intérieur des universités. Mais ici il est bien évident que les universités devront se concerter continûment si l'on veut éviter que les choix individuels n'entraînent des lacunes graves dans l'ensemble du réseau. Il faudra donc que, dans une étape ultérieure, ces priorités internes des établissements soient coordonnées. Déjà d'ailleurs le Conseil a pu relever des amorces de coordination dans certains domaines, ce qui est encourageant, mais il faudra pousser plus loin et le Conseil, avec ses partenaires, s'y emploiera.

La planification des établissements devra aussi permettre d'atténuer la portée de certains problèmes très graves originant en bonne part de la conjoncture d'austérité et des coupures brusques des dernières années. Ainsi en est-il du vieillissement du corps professoral qui menace dangereusement le dynamisme des activités universitaires dans certains secteurs. L'université n'engage plus qu'un petit nombre de professeurs et dans certains secteurs de certaines d'elles, l'âge moyen approche la cinquantaine. Il y a de quoi rendre songeur quand on connaît qu'un bon équilibre de la courbe d'âge est habituellement nécessaire à la fois au maintien de la continuité et de la qualité des activités universitaires. Le Conseil s'inquiète vivement de cette question et il invite les universités à prévoir des mesures pour en atténuer les effets.

D'autres questions devront aussi faire l'objet des préoccupations des universitaires en matière de planification. Ainsi en est-il des déséquilibres quelquefois sérieux qu'a pu amener la réduction des effectifs par attrition. Il faudra certes trouver des moyens

d'augmenter quelque peu la mobilité des professeurs, soit à l'intérieur soit même à l'extérieur de l'université. Ici bien entendu, des solutions seront à rechercher avec les divers intéressés, dont les syndicats.

Enfin, le Conseil souhaite que ces opérations de planification, de recherche de priorités, ne se fassent pas en vase clos. L'université a grandement besoin de l'appui de la société et des communautés qu'elle dessert plus spécifiquement. Et elle l'obtiendrait d'autant mieux si, au moment de revoir et d'évaluer ses activités, de déterminer ses secteurs prioritaires, elle recherchait activement les avis des intéressés. Ce serait en tout cas une bonne façon d'éviter un repli et de promouvoir une ouverture que d'aucuns attendent avec impatience.

5. Une nouvelle formule de financement

Il est assez évident que la formule de financement actuelle et surtout la méthode de financement des clientèles additionnelles ne sont pas conformes aux objectifs et introduisent des distorsions graves dans les bases de financement des universités. Il faut donc souhaiter une nouvelle formule de financement.

Dans le discours du 3 février 1981, le ministre Laurin disait que par son mandat, le ministère de l'Éducation «... amène un financement équitable et conforme aux objectifs poursuivis... Il n'a pas à diriger centralement les activités du réseau, non plus qu'à s'impliquer dans la gestion académique des établissements. Son principal moyen d'action consiste dans le contrôle des règles du financement public des universités.» Ayant d'abord précisé les objectifs et les priorités, le rôle du ministère est ensuite de financer les activités d'enseignement et de recherche selon un barème qui tient compte des objectifs tout en étant équitable.

Du point de vue du Conseil, ceci signifie aussi un financement qui laisse à chaque établissement le contrôle de sa gestion et donc des moyens à mettre en oeuvre pour atteindre ces objectifs. L'autonomie de chaque université est importante pour lui permettre de s'épanouir selon ses propres particularités et de se développer de façon différenciée, tout en respectant les grands objectifs du réseau.

Une formule de financement devrait tenir compte des paramètres principaux qui affectent les coûts des activités d'enseignement et de recherche. Quelques-uns d'entre eux sont facilement indentifiables et pourraient être utilisés: ce sont les types des clientèles (temps complet, temps partiel), le niveau des activités d'enseignement (certificat, baccalauréat, diplôme, maîtrise et doctorat), les coûts réels par secteur d'enseignement. Dans ce dernier cas, il faudra cependant prendre garde de ne pas se lier aveuglément aux coûts moyens actuels qui dans certains cas reflètent l'histoire ou le niveau de développement des secteurs concernés.

Une répartition équitable implique des règles budgétaires qui tiennent compte des missions particulières (géographiques et de vocation) de chaque institution ainsi que de sa taille.

Une telle formule ne remplacera évidemment pas le plan de développement de chaque établissement. Mais elle devrait lui permettre de mieux définir ses objectifs tout en l'incitant à se conformer aux objectifs particuliers qu'on demande au ministère d'énoncer. Ce qu'on doit donc rechercher c'est une formule simple conforme à la poursuite d'objectifs différenciés et qui favorise la collaboration entre les établissements. Par exemple, la conformité à l'objectif d'accessibilité implique un financement adéquat des clientèles additionnelles à l'aide de crédits nouveaux ajoutés à l'enveloppe budgétaire.

6. Conclusions

Dans la première partie de cet avis, le Conseil s'est efforcé de bien évaluer l'ampleur des compressions budgétaires imposées aux universités depuis quelques années et de celles proposées pour les années à venir. Les réductions très substantielles des dépenses par étudiant sont dues pour une large part au non-financement des clientèles additionnelles et ont conduit le réseau universitaire à prendre des mesures draconiennes qui ne manqueront pas de toucher les activités d'enseignement et de recherche.

Il ne sera certes pas facile de sortir de cette situation. Mais le Conseil estime qu'une amélioration générale de la qualité de la gestion du réseau universitaire pourrait en atténuer quelques-uns des impacts les plus négatifs. Cette amélioration devrait d'abord se faire sentir au niveau du ministère de l'Éducation par

l'énoncé de politiques claires et précises à la mesure des moyens dont il dispose et par la mise au point d'un formule de financement adaptée à la poursuite de ses objectifs. Mais elle devrait aussi se faire sentir à l'intérieur du réseau et des établissements universitaires par l'adoption de priorités, par la concertation interinstitutionnelle, par la rationalisation de leur appareil administratif et par la mise au point de mesures propres à appuyer leur personnel dans la poursuite de la qualité et de l'excellence de leur enseignement et de leur recherche.

7. Recommandations

Recommandation 1

CONSIDÉRANT la responsabilité du ministère de l'Éducation de définir des priorités pour les différents niveaux d'enseignement et en particulier pour le réseau universitaire;

CONSIDÉRANT le besoin de concordance entre les règles de financement et les objectifs et priorités annoncés;

CONSIDÉRANT la nature présente du réseau universitaire constitué d'établissements autonomes;

CONSIDÉRANT les recommandations antérieures du Conseil des universités sur le besoin d'une nouvelle méthode de financement basée sur quelques paramètres importants, en particulier dans son avis sur le rapport de la Commission d'étude sur les universités;

CONSIDÉRANT la nature de la gestion des universités qui demande un certain temps pour mettre en oeuvre les moyens d'adaptation à un financement nouveau (qu'il soit moindre ou plus élevé);

Le Conseil des universités recommande:

(1° que le ministre de l'Éducation, de concert avec ses partenaires du système universitaire, détermine des objectifs réalistes et précise les priorités à retenir pour le réseau universitaire au cours des prochaines années, en particulier en matière d'accessibilité et de démocratisation;

(2° que les universités revoient leur plan de développement en tenant compte de ces objectifs et de ces priorités;

(3° que le ministre de l'Éducation propose une nouvelle formule de financement qui soit conforme à ces objectifs et qui tienne compte des principaux paramètres caractérisant le fonctionnement des universités;

(4° que cette nouvelle formule soit mise en application graduellement pour permettre aux établissements de s'adapter à de possibles variations de leur niveau de financement.

Recommandation 2

ATTENDU l'ampleur des coupures déjà faites au niveau de financement du réseau universitaire et en particulier la coupure brusque de 1981-82;

CONSIDÉRANT la détérioration des dépenses per capita qui en est résultée pour les universités;

CONSIDÉRANT l'importance du déficit accumulé du réseau;

CONSIDÉRANT le besoin de respecter les contraintes inhérentes au réseau universitaire et d'étaler les variations du niveau de financement sur plusieurs années;

CONSIDÉRANT l'impact à court terme de ces coupures brusques, en particulier sur l'équilibre du corps professoral et sur la qualité des activités fondamentales de l'université;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

(d'annuler, ou à tout le moins, de réduire les compressions annoncées au niveau universitaire pour l'année 1982-83).

Recommandation 3

ATTENDU la nécessité de prévoir une somme de 20 millions de dollars en 1982-83 pour financer les augmentations de clientèles des années précédentes suivant l'ancienne formule;

CONSIDÉRANT que le prélèvement de cette somme dans l'enveloppe budgétaire déjà prévue pour les universités constituerait une nouvelle coupure s'ajoutant à celles qu'elles ont déjà subies;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

(d'ajouter une somme de 20 millions de dollars aux subventions de fonctionnement prévues pour le réseau universitaire en 1982-83.

Recommandation 4

CONSIDÉRANT que la principale cause de la diminution des subventions per capita du réseau universitaire a été le non-financement des clientèles additionnelles;

CONSIDÉRANT que, pour les universités, cette pratique constitue une incitation à restreindre l'arrivée de nouvelles clientèles et, de ce fait, va à l'encontre des objectifs d'accessibilité et de démocratisation proposés aux universités par le ministère de l'Éducation;

CONSIDÉRANT les lacunes qu'il reste à combler en termes d'accessibilité et de démocratisation;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

(1° que les nouvelles clientèles admises à
(l'université en 1982-83 soient financées
(à 100% par des crédits supplémentaires
(à l'enveloppe de base de financement;
(
(2° que ces crédits supplémentaires soient
(réservés pour être distribués, dans le
(courant de l'année 1982-83, sur la base
(du nombre réel d'étudiants additionnels
(admis en automne 1982 à l'université,
(en utilisant la nouvelle formule de finan-
(cement lorsqu'elle aura été précisée.

Recommandation 5

CONSIDÉRANT la première recommandation de cet avis qui préconise l'adoption d'une nouvelle formule de financement;

CONSIDÉRANT les différences qui pourront apparaître entre les bases de financement des universités calculées par les anciennes règles et celles calculées par les nouvelles règles budgétaires;

CONSIDÉRANT le besoin d'amener graduellement le niveau de financement de chaque institution à celui calculé par les nouvelles règles;

Le Conseil des universités recommande:

(que le ministre de l'Éducation réserve un
(montant de 10 M de $ pour ajuster les bases
(de financement des universités pour les
(rapprocher de celles calculées selon les
(nouvelles règles budgétaires.

Obiter dictum

Les salaires

Même s'il n'en parle pas dans sa demande d'avis, le gouvernement envisage d'inclure le monde universitaire dans un possible gel des salaires des secteurs public et para-public. Sans intervenir sur le fond de la question, le Conseil voudrait souligner certains aspects particuliers au milieu universitaire et certaines précautions qu'il faudrait prendre.

Les paragraphes précédents l'ont montré, les universités ont été fortement touchées au cours des dernières années par les politiques d'austérité du gouvernement. De fait la coupure de l'année dernière a été si violente qu'elles ne pouvaient en aucune manière l'absorber sans remettre en cause les conventions collectives en vigueur. Effectivement cela s'est fait dans certains cas et des groupes de personnels ont consenti à des augmentations moindres en échange de stabilité d'emploi. Une première constatation s'impose: il ne faudrait pas que ces personnels se trouvent pénalisés par un gel qui laisserait leurs salaires à un niveau plus bas que ceux de leurs collègues qui n'ont pas fait de même.

Par ailleurs, il est clair que le gouvernement n'aurait pu faire subir aux autres niveaux d'enseignement les compressions importantes imposées aux universités, étant donné les conventions collectives en vigueur, conventions très contraignantes qu'il avait lui-même signées. Ainsi, l'an dernier, les subventions octroyées aux universités comportaient des compressions telles que ces dernières ont dû s'endetter pour faire face à leurs obligations vis-à-vis de leur personnel. Aussi le Conseil serait-il extrêmement malheureux si le ministère prenait prétexte d'un gel des salaires pour sabrer d'une valeur équivalente dans les subventions qu'il se propose d'octroyer aux universités. Car elles se trouveraient alors dans la difficile situation d'avoir en même temps à réduire leur personnel et à geler leur salaire. Elles n'auraient plus de marge de manoeuvre pour procéder aux ajustements nécessaires et on voit mal comment elles pourraient s'assurer de la collaboration de leur personnel. En fait, à bien des points de vue, elles éprouveraient le sentiment profond de perdre sur tous les tableaux. Le Conseil ne pourrait qu'être d'accord avec elles.

Pourtant, comme elles traversent actuellement une difficile période de réajustements, les universités ont besoin de s'assurer le concours de tous les intervenants pour maintenir des activités d'enseignement et de recherche de qualité. Aussi le Conseil des universités, si l'hypothèse d'un gel des salaires se matérialise — et sur ce point il n'entend pas prendre position — recommande-t-il au ministre de l'Éducation de ne pas réduire d'autant l'enveloppe des universités, mais de leur laisser un niveau de financement suffisant pour leur permettre de faire face à leurs obligations salariales sans nouvelles mises à pied. Les subventions de l'an dernier ont été trop faibles pour permettre aux universités de rencontrer les augmentations salariales qu'elles devaient alors accorder en vertu de leurs conventions collectives, et les ont acculées à un déficit d'ensemble de plus de 40 millions de dollars. La même situation se reproduirait en 1982-83 si le ministère, prenant prétexte d'un gel des salaires, maintenait au niveau de 1981-82 ses subventions au titre des masses salariales. En conséquence, en cas de gel des salaires, le Conseil estime essentiel d'ajouter à la subvention de l'an dernier une somme équivalente au déficit d'opération de 1981-82, en plus des ajouts prévus aux recommandations 3 et 4 pour les augmentations de clientèles.

Annexe I

Tableau 1

Évolution d'indicateurs de financement des universités de 1974-75 à 1979-80.

	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82
Revenus de fonctionnement des universités ($ 000)	315 809	409 423	464 089	546 781	617 390	671 294	763 066	816 300
PIB ($ M)	35 965	40 761	46 820	50 383	55 556	62 254	68 885	76 462
$100 \times \frac{\text{Revenus de fonctionnement}}{\text{PIB}}$	0,88	1,00	0,99	1,09	1,11	1,08	1,11	1,07
Dépenses brutes du gouvernement ($ M)	7 583,1	9 231,3	10 716,8	12 043,3	13 398,0	15 123,2	17 596,7	20 440,0
$100 \times \frac{\text{Dépenses brutes du gouvernement}}{\text{PIB}}$	21,08	22,65	22,89	23,90	24,12	24,29	25,55	26,73
$100 \times \frac{\text{Revenus de fonctionnement des universités}}{\text{Dépenses brutes du gouvernement}}$	4,16	4,44	4,33	4,54	4,61	4,44	4,34	3,99

Sources: Subventions aux universités: Calcul des subventions de fonctionnement DGERU, MEQ
PIB: Comptes économiques du Québec 1961-1980 et données prévisionnelles pour 1981-82.
Dépenses gouvernementales: États financiers du Québec au 31 mars 1981 et crédits 82-83 pour l'année 1981-82.

Tableau 2

Évolution des clientèles dans les réseaux d'enseignement de 1974-75 à 1981-82

	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82*
Niveaux:								
• Élémentaire et secondaire	1 419 997	1 374 909	1 321 857	1 262 313	1 213 301	1 170 108	1 130 015	1 096 115
Δ en %		−3,2	−3,9	−4,5	−3,9	−3,6	−3,4	−3,0
• Collégial	99 253	103 036	106 174	118 340	120 773	117 318	118 054	121 000
Δ en %		+3,8	+3,0	+14,6	+20,6	−2,9	+1,0	+2,5
• Universitaire	92 934	100 485	107 471	111 095	117 003	122 949	128 358	133 755
Δ en %		+8,1	+7,0	+3,4	+5,3	+5,1	+4,4	+4,2

* Prévisions et estimations

N.B.: Au primaire, secondaire et collégial les clientèles représentent des étudiants réguliers à temps complet alors qu'à l'université les clientèles sont des EETC.

Source: Principales statistiques de l'Éducation 1970-71 à 1980-81, Direction des études économiques et démographiques, MEQ, mai 1981.

Tableau 3

Évolution des dépenses d'éducation per capita par niveau d'enseignement de 1974-75 à 1981-82

	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82*
En $ courants								
Élémentaire secondaire	1 136	1 443	1 635	1 852	2 182	2 400	2 753	3 237
CEGEP	2 015	2 602	2 959	3 083	3 498	3 925	4 370	5 074
Universités	5 094	5 574	5 976	6 868	7 485	7 964	8 410	8 879
Indice des prix à la consommation								
Indice (1971 = 100)	125,0	137,9	148,7	160,3	175,1	190,6	209,9	236,8
Indice (1974-75 = 100)	100	110,3	119,1	128,2	140,1	152,5	167,9	189,4
En $ constants de 1974-75								
Élémentaire secondaire	1 136	1 308	1 373	1 445	1 557	1 574	1 640	1 709
CEGEP	2 015	2 359	2 484	2 405	2 497	2 574	2 603	2 679
Universités	5 094	5 053	5 018	5 357	5 343	5 222	5 009	4 688

* Données prévisionnelles

Sources: • Principales statistiques de l'Éducation 1970-71 à 1980-81, Direction des études économiques et démographiques, MEQ, mai 1981.
• Prix et indices des prix (62-002). Statistique Canada.

Tableau 4

Estimation du non financement à partir de 1979-80 des clientèles additionnelles du réseau universitaire et ses effets sur l'évolution des subventions per capita en $ constants de 1974-75

	En $ courants					En $ constants 81-82		
	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	82-83	83-84	84-85
A- Subventions de fonctionnement en M de $ (excluant FCAC)	539,0	607,2	660,4	750,3	811,0	786,5	768,3	750,5
B- Clientèles EETC	111 095	117 003	122 949	128 358	133 755	133 755	133 755	133 755
C- IPC (1974-75 = 1)	1,282	1,401	1,525	1,679	1,894	1,894	1,894	1,894
D- Subventions per capita en $ constants 1974-75 ((A ÷ B) ÷ C)	3 784	3 704	3 522	3 481	3 201	3 104	3 032	2 963
E- Clientèles additionnelles depuis 1978-79: totales			5 946	11 355	16 752	0	0	0
F- Non financement des clientèles additionnelles en M de $ constants de 1974-75 ((Per capita 78-79 = 3704) × E)			22,0	42,1	62,0	62,0	62,0	62,0
G- Manque à gagner per capita en $ constants de 74-75: (F ÷ B)			179	328	464	464	464	464

Sources: Calcul des subventions de fonctionnement, MEQ, DGERU, DRMF et Tableau A.

Annexe II

Situation financière des universités en 1981-82 (en milliers de dollars)[1]

	Revenus A	Dépenses B	Surplus (ou déficit) d'exercice C = B − A	Surplus (ou déficit) accumulé D	Surplus (ou déficit) en % du budget C/B	D/B
Bishop	10 700	10 995	(295)	(1 170)	(.027)	(.106)
Concordia	102 822	107 063	(4 241)	(8 822)	(.040)	(.082)
HEC	20 013	21 250	(1 237)	540	(.058)	.025
Laval	219 975	228 777	(8 802)	7 970	(.038)	.035
McGill	204 612	216 014	(11 402)	(11 402)	(.053)	(.053)
Montréal	228 629	236 727	(8 098)	(2 551)	(.034)	(.011)
Polytechnique	30 703	32 041	(1 338)	487	(.042)	.015
Sherbrooke	68 802	76 402	(7 600)	(11 827)	(.099)	(.155)
			(8 325)*	(12 552)*	(.109)*	(.164)*
UQ	249 615	258 365	(8 750)	(12 576)	(.034)	(.049)
Montant disbribué en février 82			5 000	5 000		
Total des universités	**1 135 871**	**1 187 634**	**(46 763)**	**(34 351)**	**(.039)**	**(.029)**
			(47 488)*	**(35 076)***		

Source: Plan d'équilibre des universités pour l'année 1981-82.

* Déficit de Sherbrooke incluant le versement de la dette.

[1] D'après les budgets révisés de mars 1982, le déficit de l'ensemble des universités sera légèrement inférieur à ce qui était prévu dans le plan d'équilibre.

Situation financière des universités en 1981-82 (en milliers de dollars) (suite)

	Revenus A	Dépenses B	Surplus (ou déficit) d'exercice C = B – A	Surplus (ou déficit) accumulé D	Surplus (ou déficit) en % du budget C/B	D/B
UQAM	83 554	91 161	(7 607)	(13 093)	(.083)	(.144)
UQTR	38 375	38 659	(284)	520	(.007)	.013
UQAC	24 621	25 079	(458)	(412)	(.018)	(.016)
UQAR	17 298	17 682	(384)	(309)	(.022)	(.017)
ENAP	8 768	8 318	450	(91)	.054	(.011)
UQAH	10 947	10 947	—	45	—	.004
CEUAT	6 832	6 832	—	130	—	.019
INRS	13 921	13 921	—	17	—	.001
TELUQ	11 559	11 559	—	515	—	.045
ETS	4 686	4 983	(297)	(324)	(.060)	(.065)
IAF	17 385	17 421	(36)	237	(.002)	.014
Siège social	11 669	11 803	(134)	188	(.011)	.016
Total UQ	**249 615**	**256 385**	**(6 750)**	**(12 576)**	**(.034)**	**(.049)**

Source: Plan d'équilibre des universités pour l'année 1981-82.

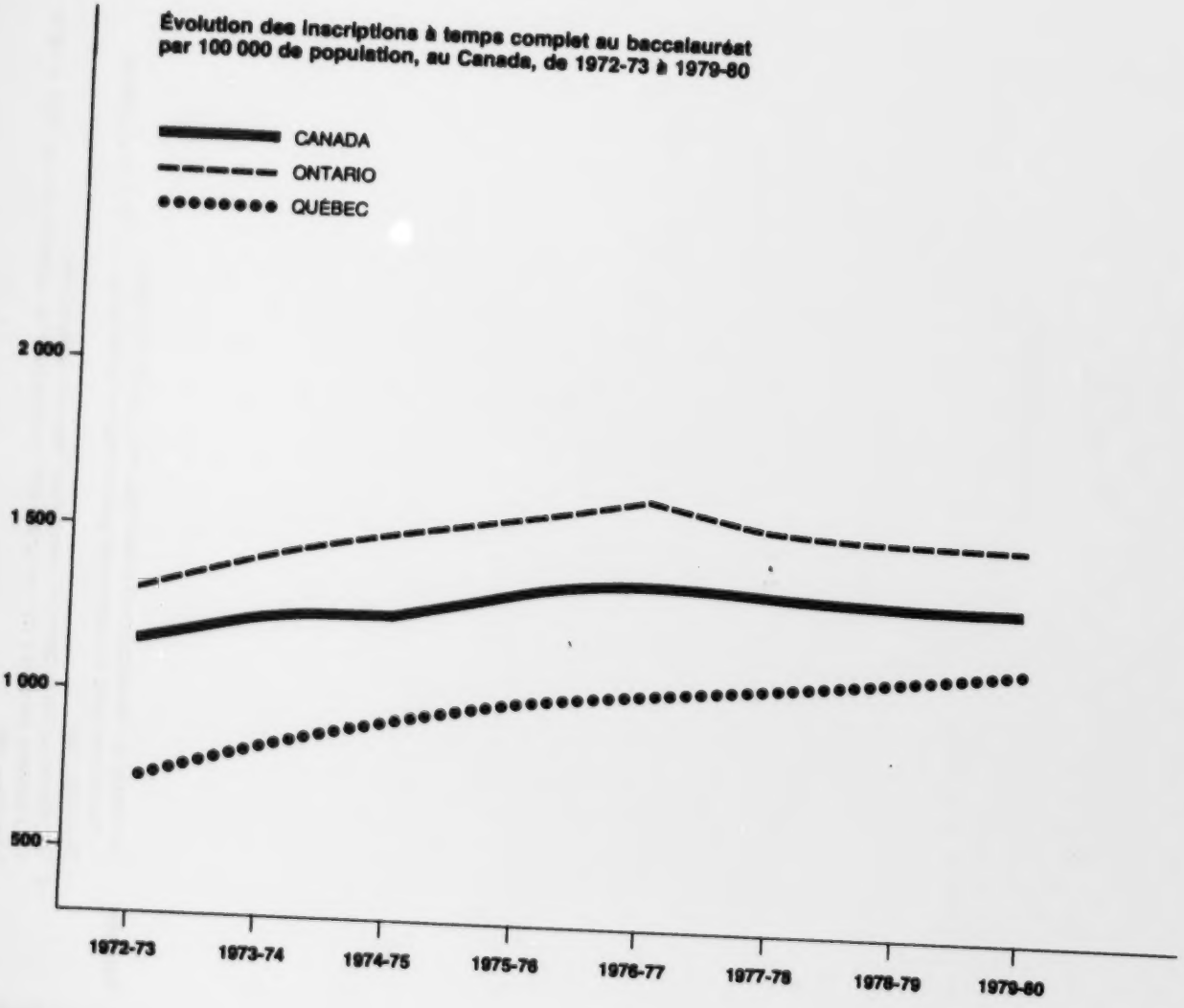
Annexe III

Baccalauréats

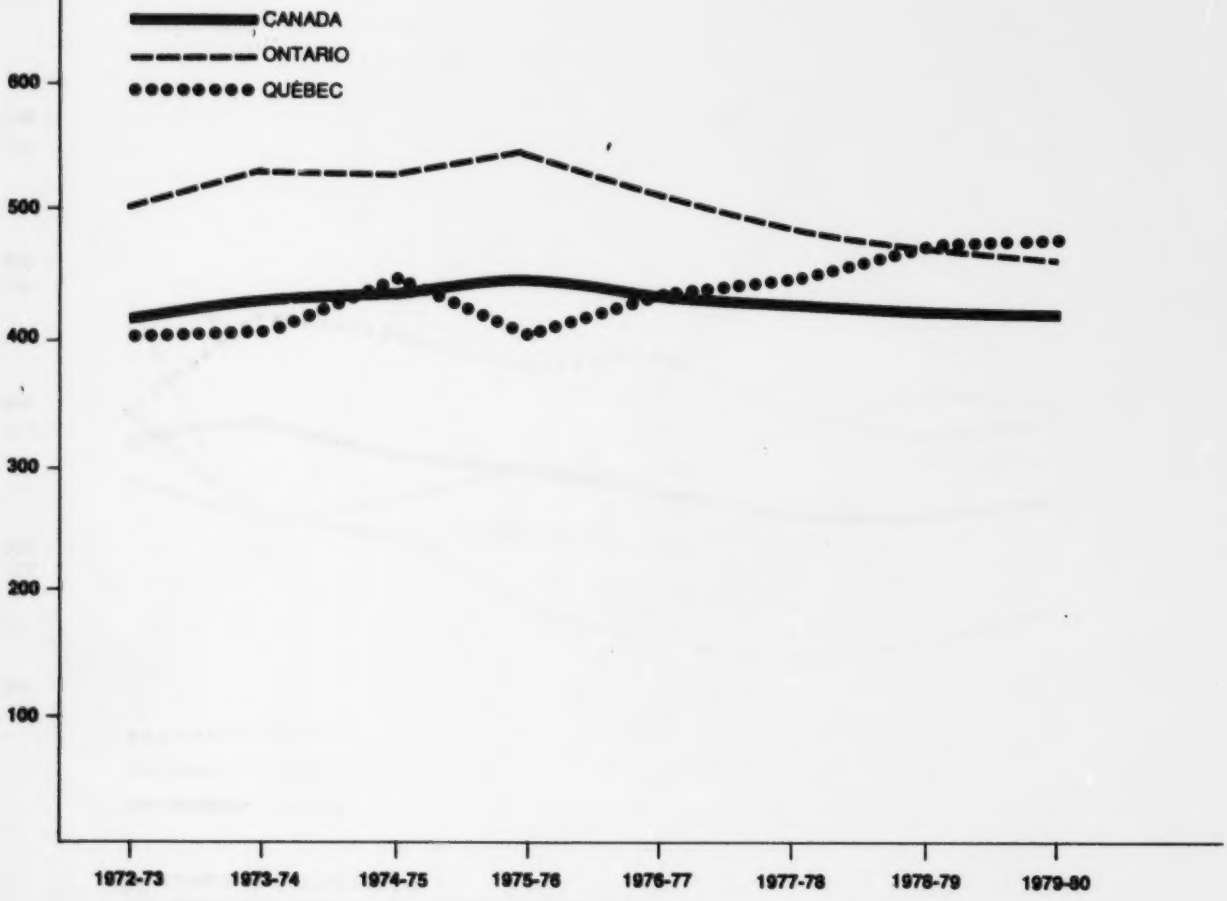
Sources: 1. Secrétariat au développement scientifique, *Populations étudiantes: I - Inscriptions dans les universités québécoises et canadiennes de 1972-73 à 1979-80,* Décembre 1981.

2. Secrétariat au développement scientifique, *Populations étudiantes: II - Diplômes décernés par les universités québécoises et canadiennes de 1972 à 1979,* Décembre 1981.

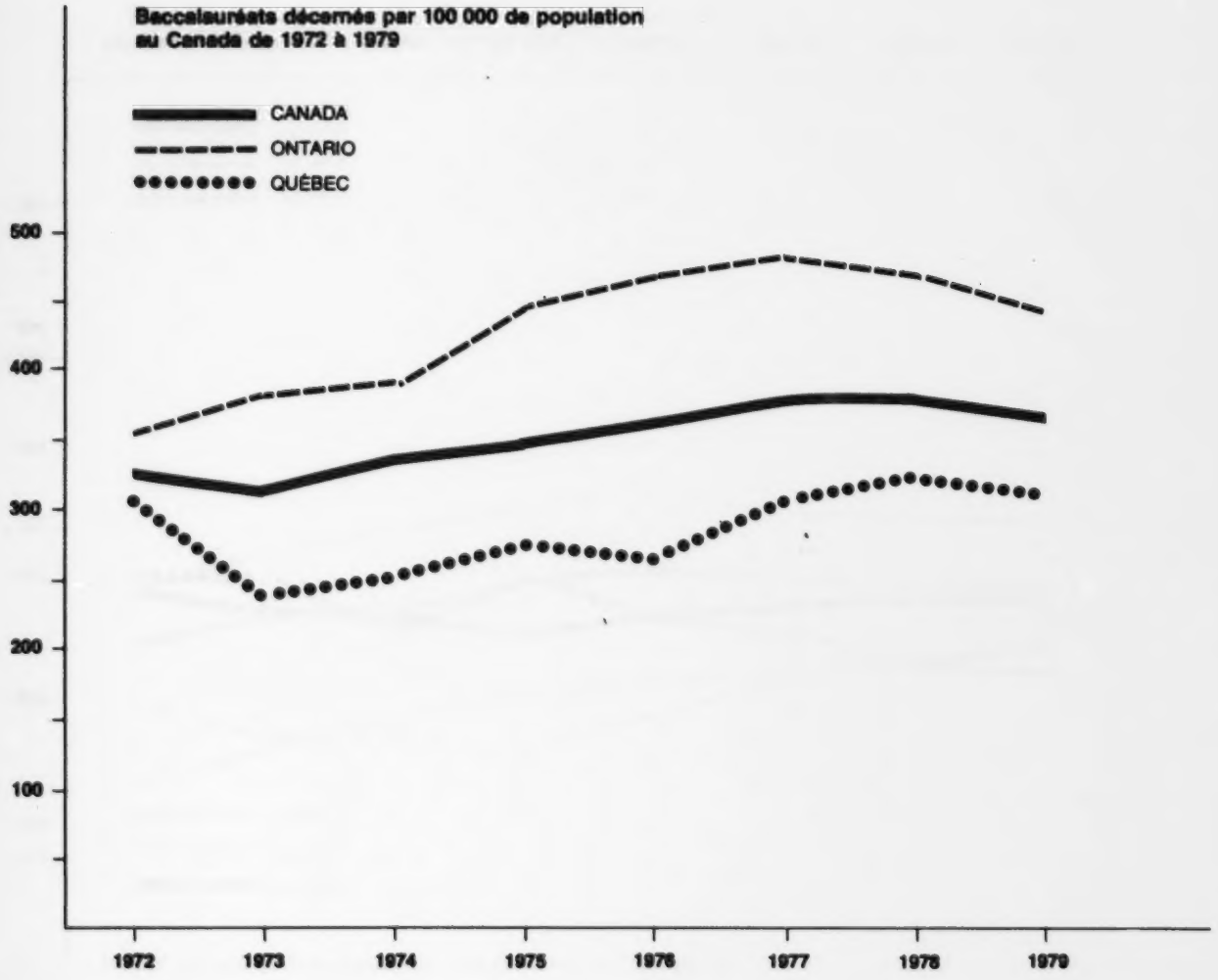
Évolution des inscriptions à temps complet au baccalauréat par 100 000 de population, au Canada, de 1972-73 à 1979-80



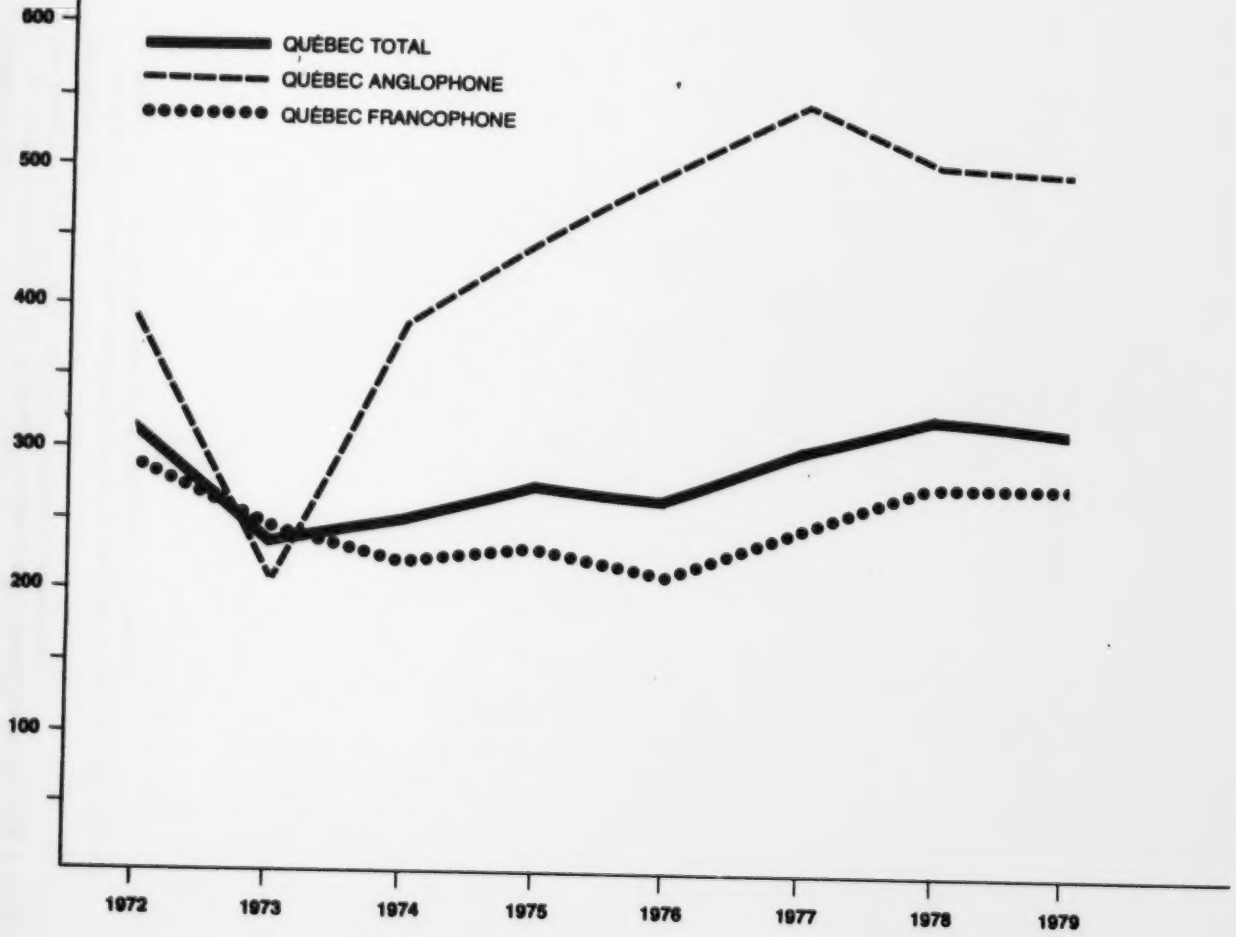
Évolution des inscriptions à temps partiel au baccalauréat par 100 000 de population, au Canada, de 1972-73 à 1979-80



Baccalauréats décernés par 100 000 de population au Canada de 1972 à 1979



Baccalauréats décernés par 100 000 de population au Québec de 1972 à 1979

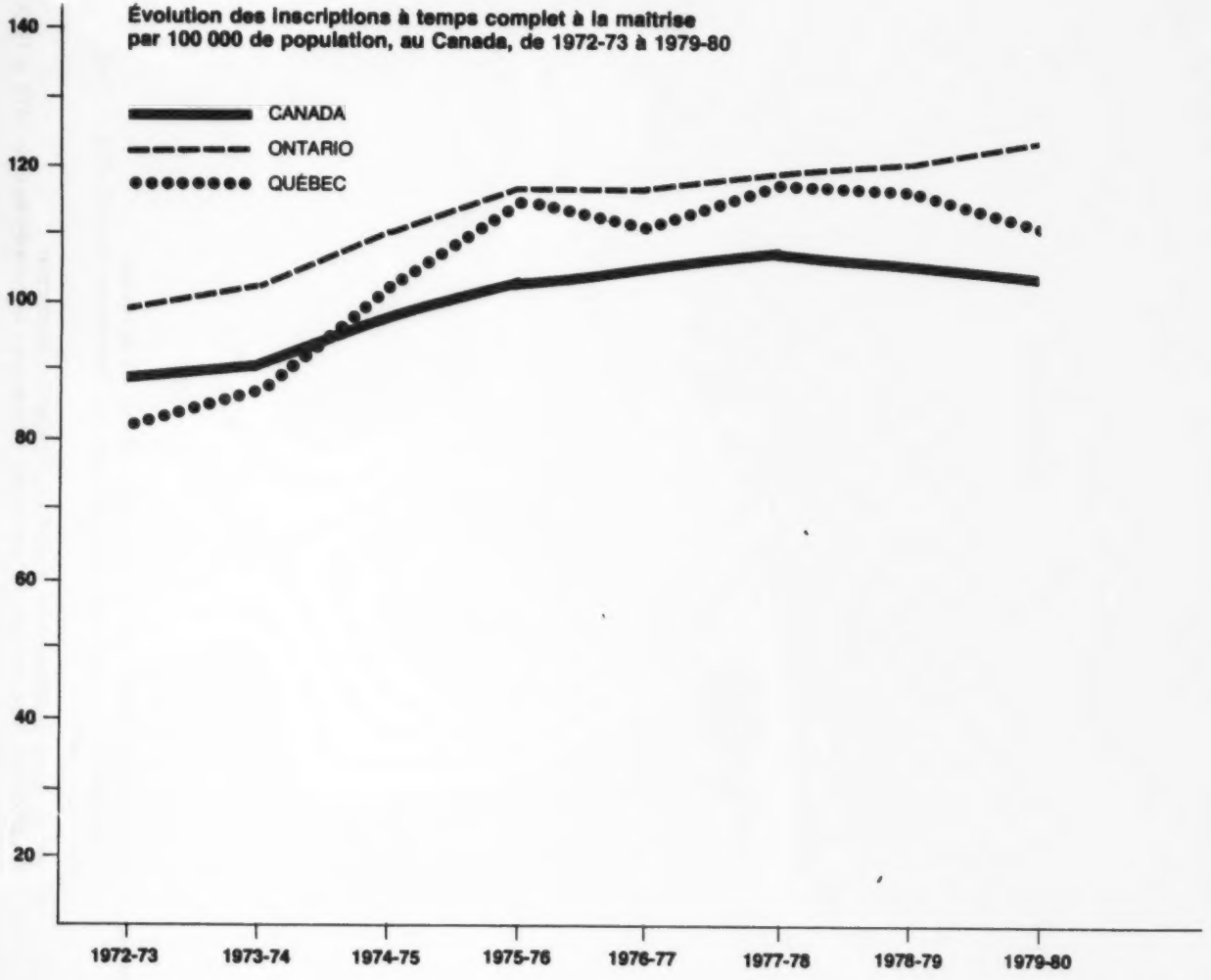


Maîtrises

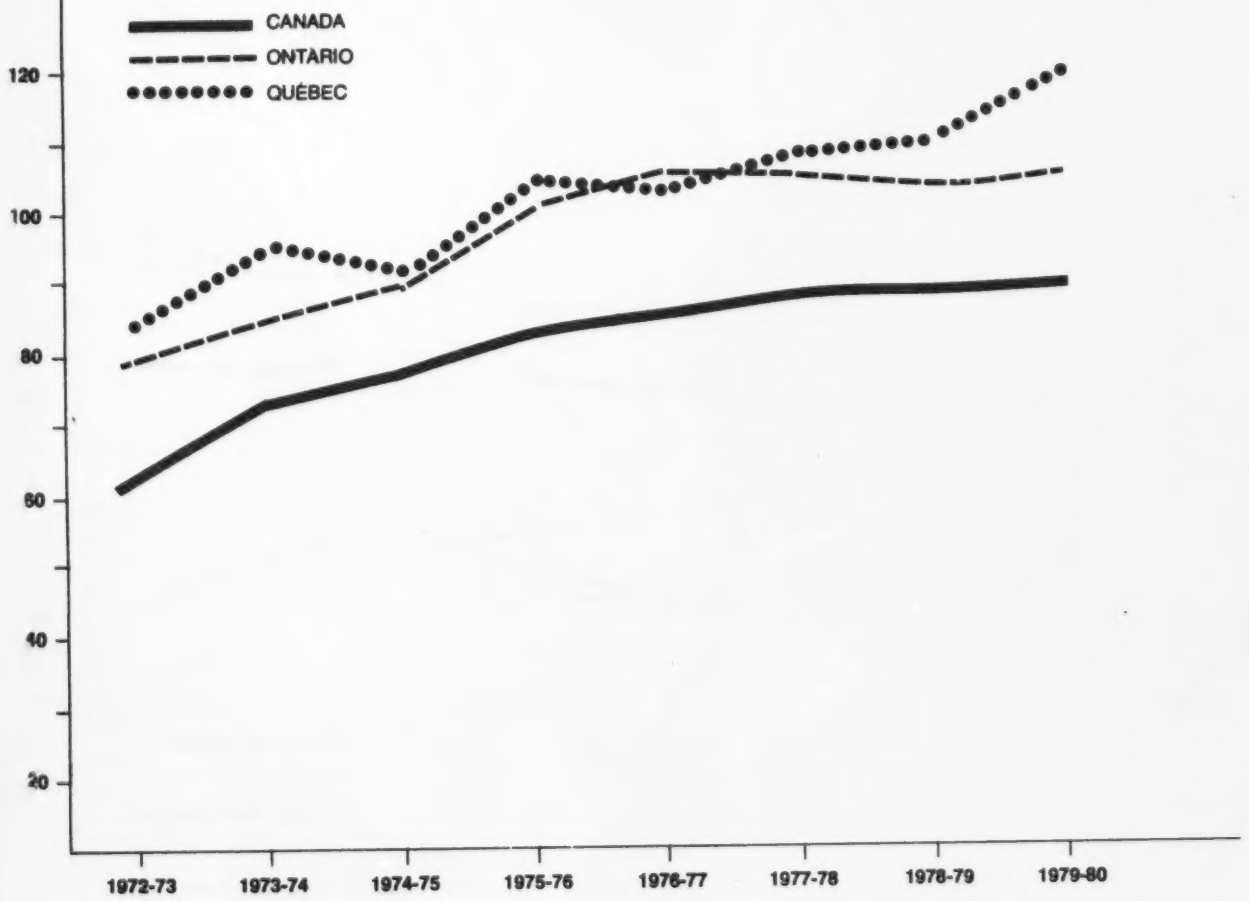
Sources: 1. Secrétariat au développement scientifique, *Populations étudiantes: I - Inscriptions dans les universités québécoises et canadiennes de 1972-73 à 1979-80,* Décembre 1981.

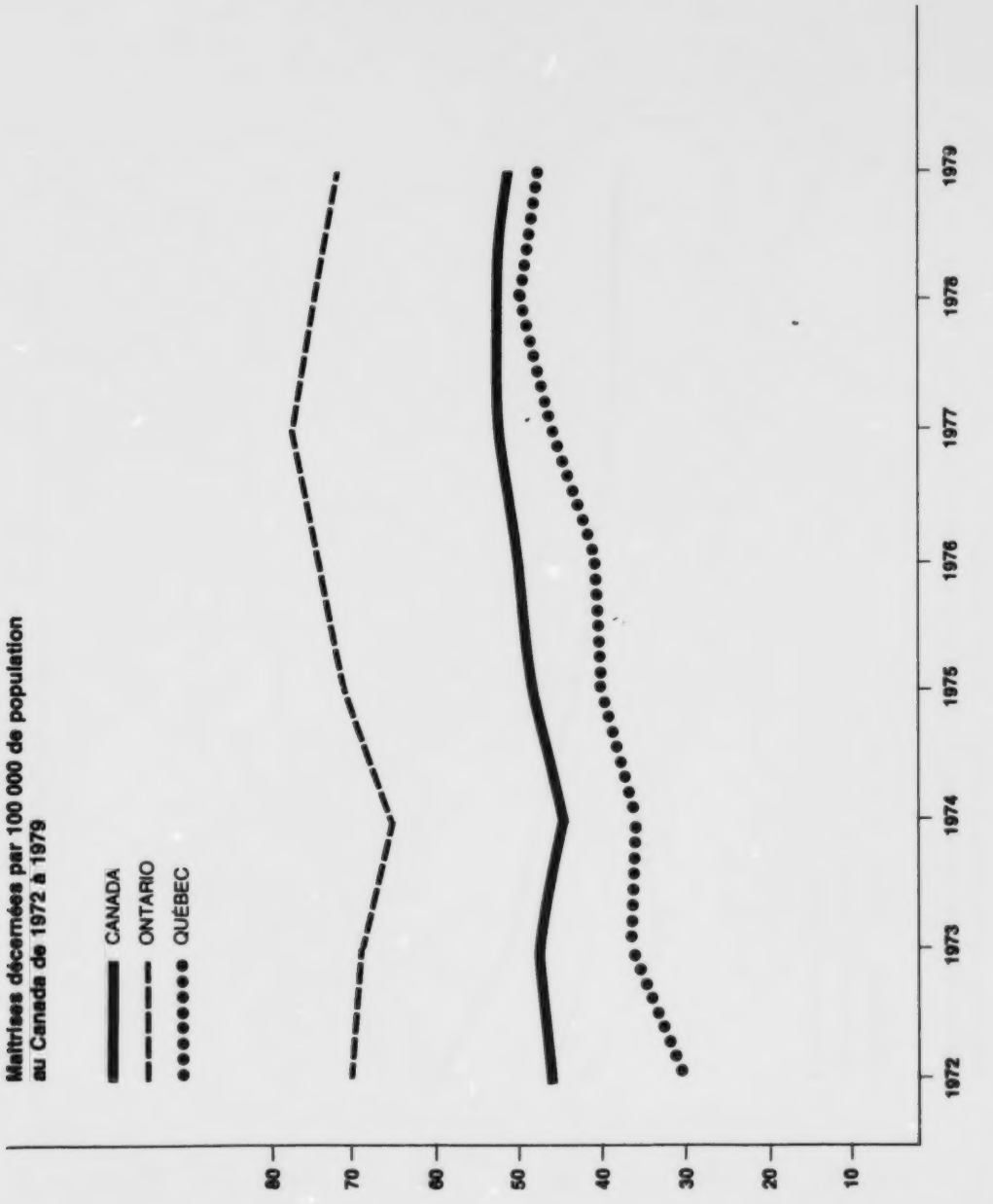
2. Secrétariat au développement scientifique, *Populations étudiantes: II - Diplômes décernés par les universités québécoises et canadiennes de 1972 à 1979,* Décembre 1981.

Évolution des inscriptions à temps complet à la maîtrise par 100 000 de population, au Canada, de 1972-73 à 1979-80

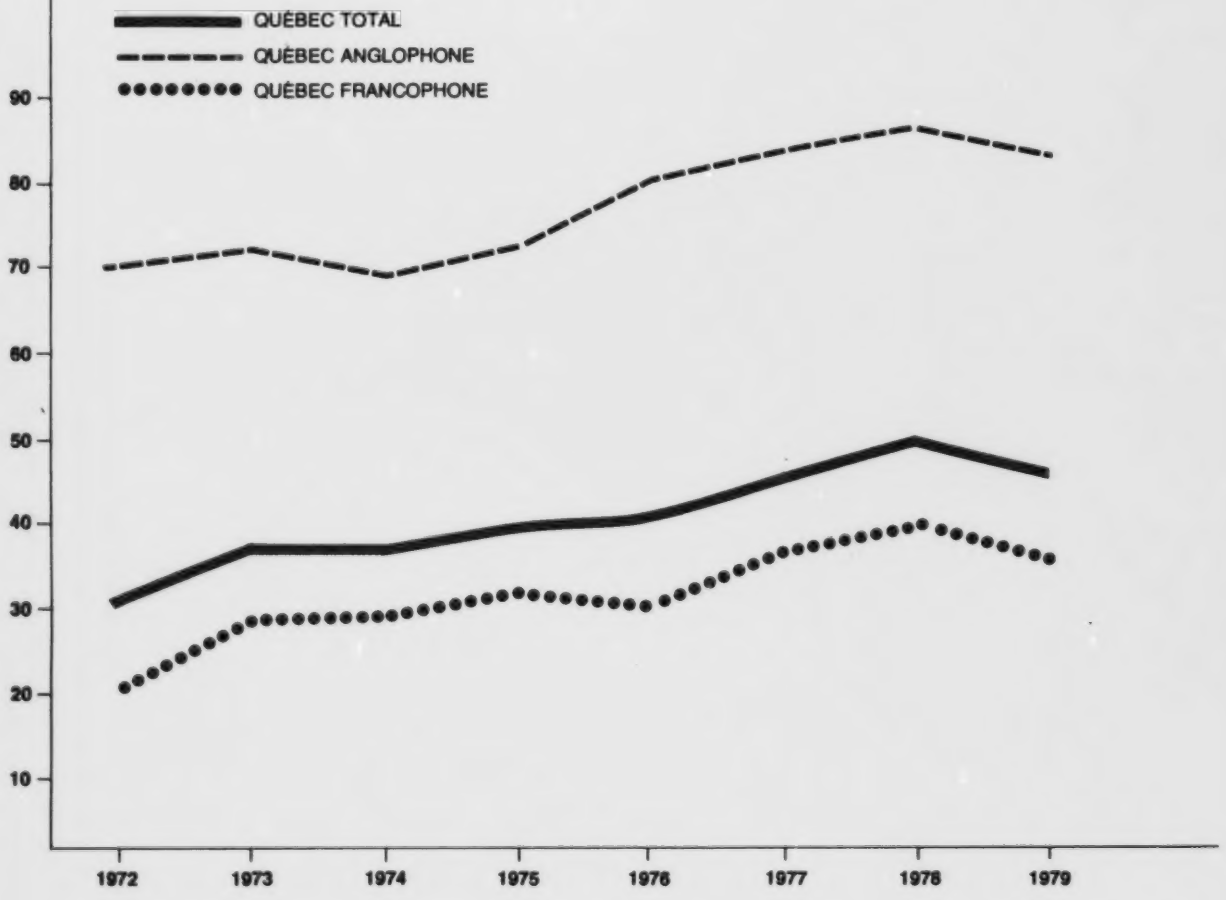


Évolution des inscription à temps partiel à la maîtrise par 100 000 de population, au Canada, de 1972-73 à 1979-80




Maîtrises décernées par 100 000 de population au Canada de 1972 à 1979
CANADA
ONTARIO
QUÉBEC
80
70
60
50
40
30
20
10
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979

Maîtrises décernées par 100 000 de population au Québec de 1972 à 1979

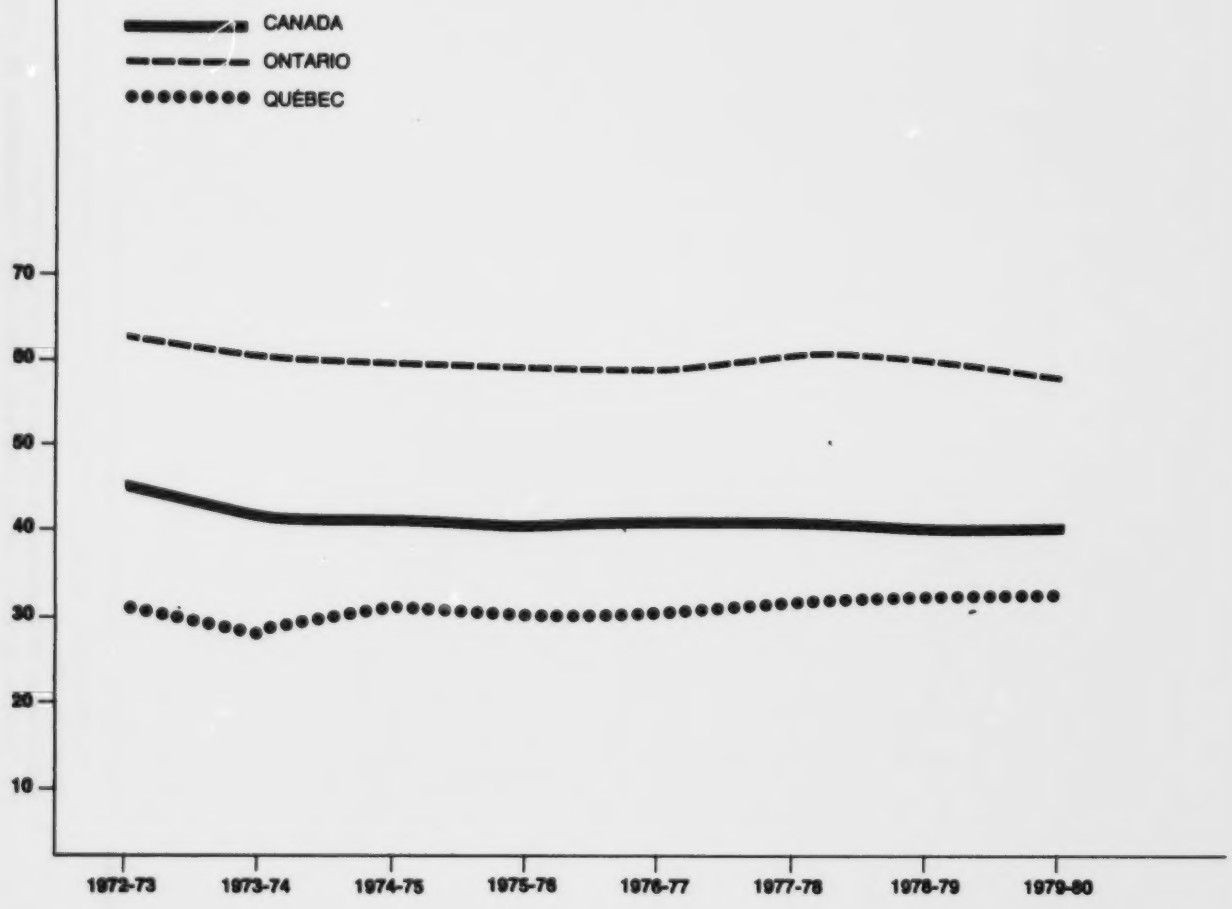


Doctorats

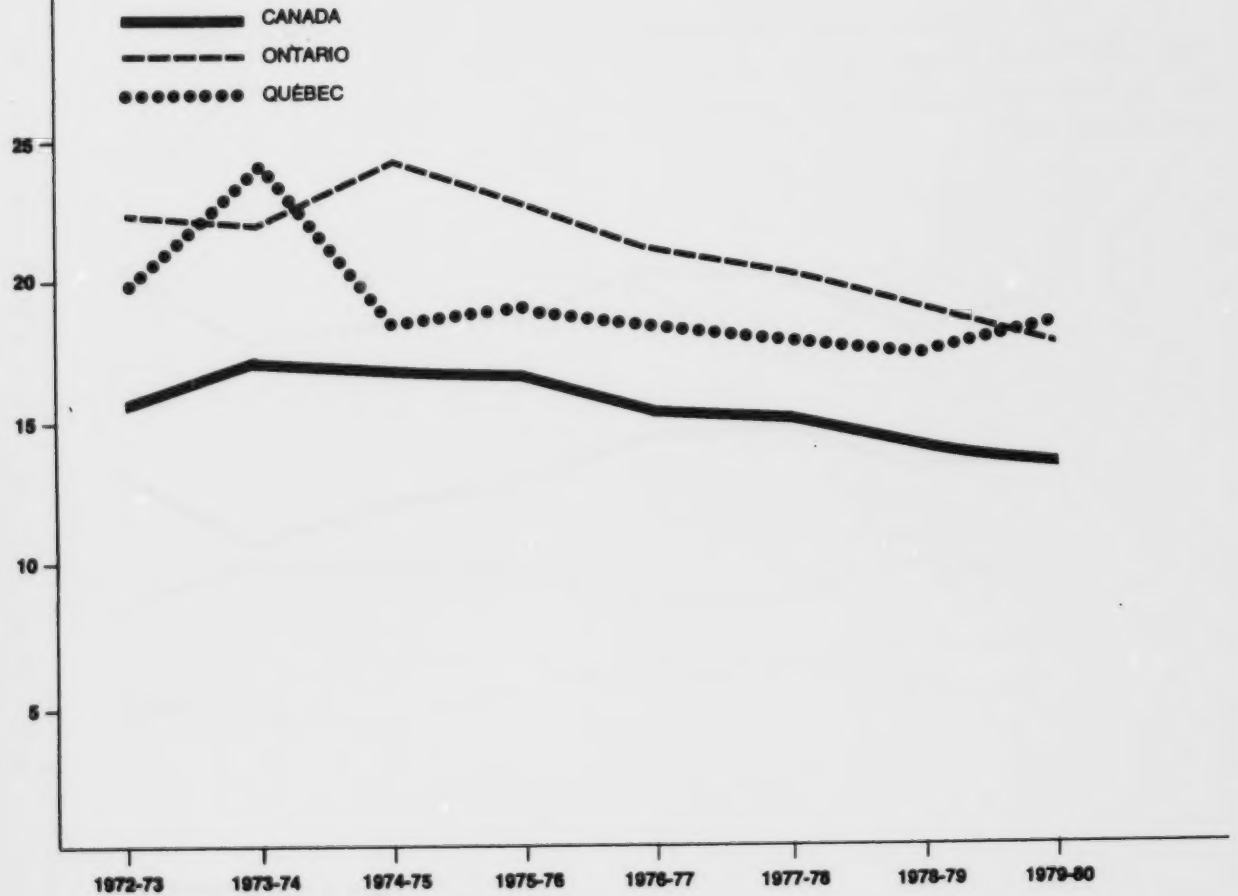
Sources: 1. Secrétariat au développement scientifique, *Populations étudiantes: I - Inscriptions dans les universités québécoises et canadiennes de 1972-73 à 1979-80,* Décembre 1981.

2. Secrétariat au développement scientifique, *Populations étudiantes: II - Diplômes décernés par les universités québécoises et canadiennes de 1972 à 1979,* Décembre 1981.

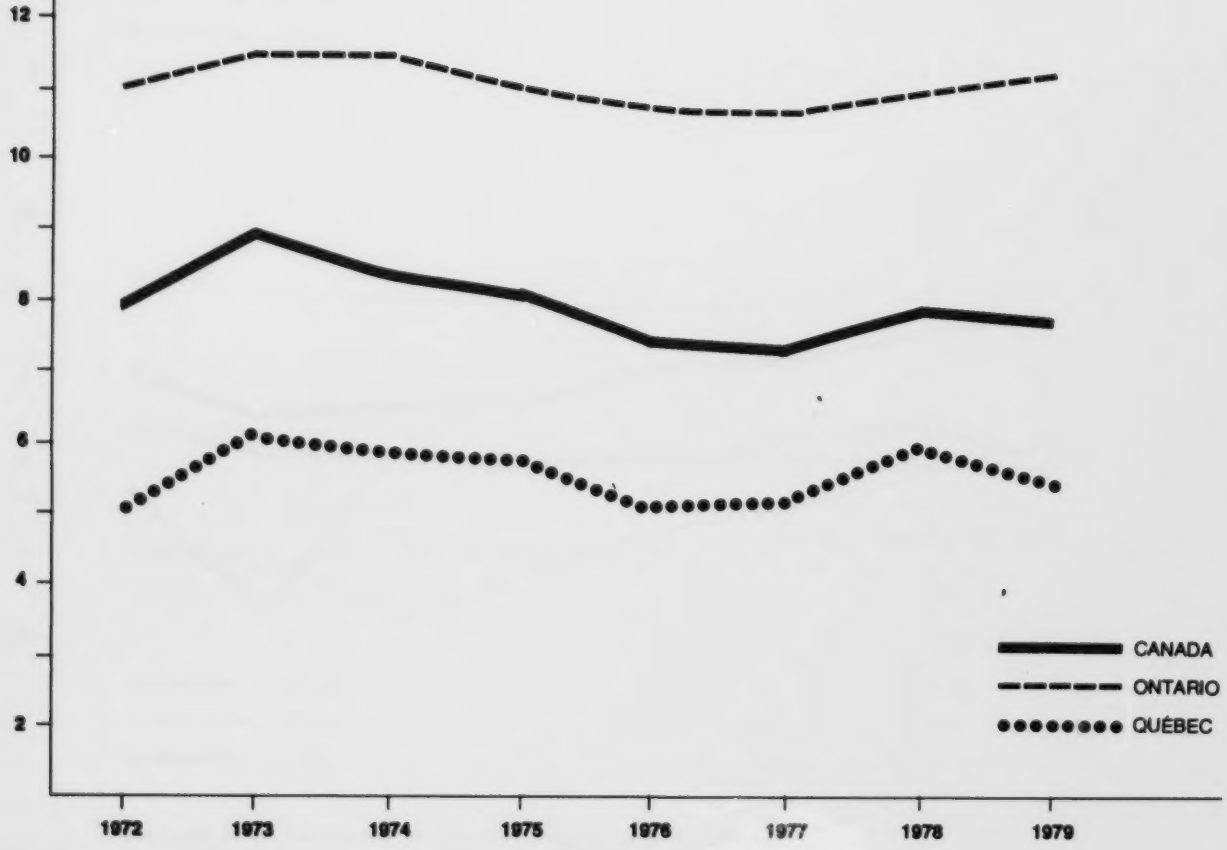
Évolution des inscriptions à tempe complet au doctorat par 100 000 de population, au Canada, de 1972-73 à 1979-80



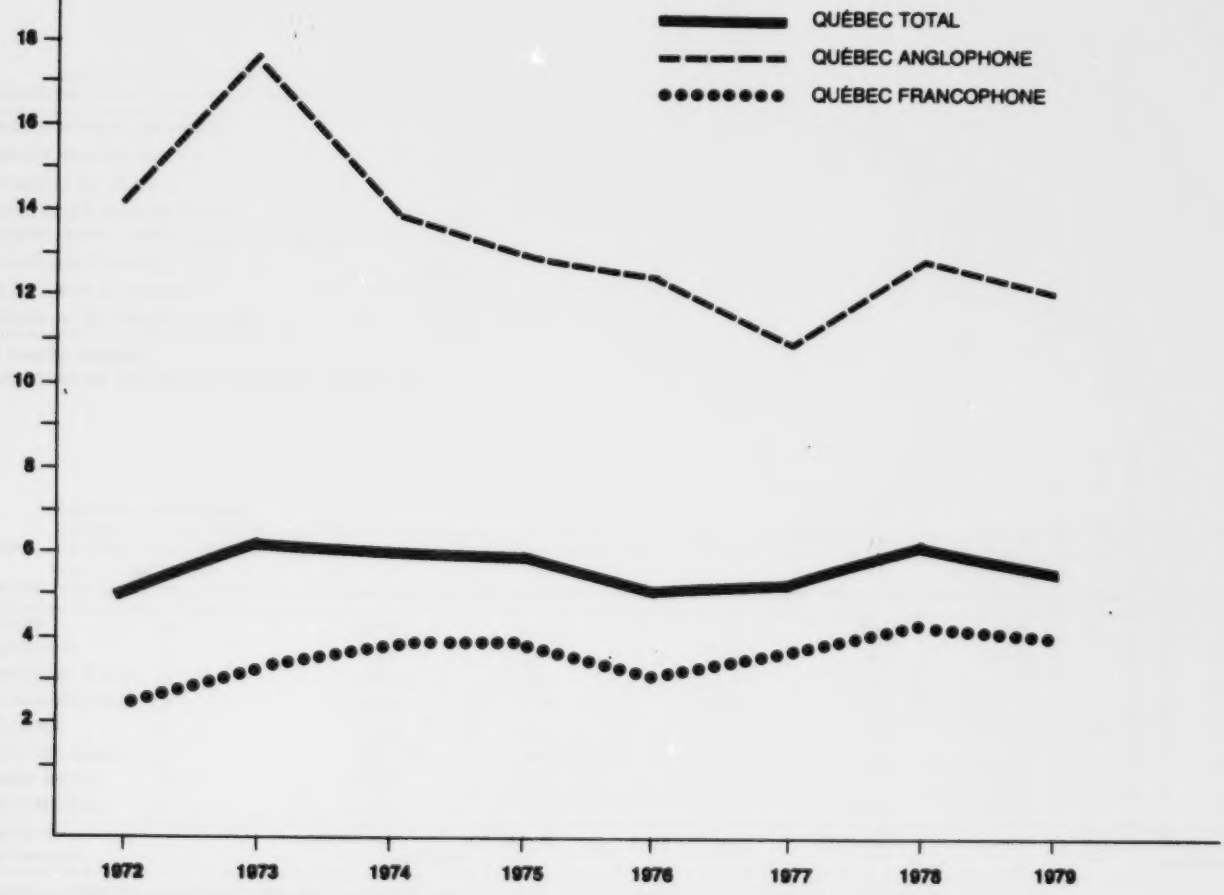
Évolution des inscriptions à temps partiel au doctorat par 100 000 de population, au Canada, de 1972-73 à 1979-80



Doctorats décernés par 100 000 de population au Canada de 1972 à 1979



Doctorats décernés par 100 000 de population au Québec de 1972 à 1979



Probabilités de transition, secteur français, public, à partir du secondaire V, selon l'origine sociale

Profession du père		Passage Université	CEGEP III	Stationnaire	Abandon	Total	Rapport UNIV/CEGEP III
Administrateur	1	.4361	.1355	.0080	.4204	1.0000	3.2
Cadre moyen	2	.2104	.2272	.0082	.5542	1.0000	0.9
Petit propriétaire	3	.1640	.1691	.0111	.6558	1.0000	1.0
Col blanc	4	.1127	.1886	.0064	.6923	1.0000	0.6
Ouvrier spécialisé	5	.0935	.1722	.0062	.7281	1.0000	0.5
Ouvrier semi-spéc.	6	.1096	.1501	.0043	.7360	1.0000	0.7
Manoeuvre	7	.0734	.1544	.0075	.7647	1.0000	0.5
Fermier	8	.0820	.2414	.0177	.6589	1.0000	0.3

Source: Alain Massot, *Cheminements scolaires dans l'école québécoise après la réforme*, Québec, Université Laval, Faculté des sciences de l'éducation, Projet ASOPE, 1979, p. 139, tab. 11.

Note: Ce tableau décrit la situation scolaire en 1975 des étudiants inscrits en secondaire V à l'automne 1971. On doit le lire ainsi: pour 100 enfants d'administrateurs, 42 n'étaient plus aux études en 1975, aucun n'était stationnaire, 13 terminaient leur Cegep III et 43 s'étaient rendus à l'université et ainsi de suite pour les autres catégories professionnelles.

Provenance professionnelle des étudiants à temps partiel

Cadres et occupations associées	14,4%
Enseignants du primaire	14,5%
Autres enseignants	18,2%
Professionnels et semi-professionnels de la santé et des services sociaux	12,7%
Employés de bureaux	17,7%
Ventes, services et autres	8,5%
Sans occupation rémunérée	13,9%

Source: Enquête du Conseil des universités auprès des étudiants à temps partiel des universités du Québec.

Avis n° 81.13

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur le financement spécial à accorder aux nouveau programmes d'études jugés prioritaires

Dépôt légal — 2e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 21 mai 1982

1. Introduction

Tout comme les années passées, le Conseil des universités à sa 136e séance tenue les 20 et 21 mai 1982, a fait l'examen de la recommandation du Comité des programmes relative aux programmes d'études pouvant faire l'objet d'un financement spécial à titre de nouveaux programmes jugés prioritaires pour le Québec. Cette analyse du Conseil s'effectue lorsque chacun des projets de nouveaux programmes a été étudié et évalué sur le plan de l'opportunité et de la qualité.

Se trouvent bien entendu dans cette catégorie de programmes, les programmes d'études qui ont fait l'objet d'une recommandation favorable d'opportunité et qui font état d'une demande de subvention spéciale de démarrage. Dans ce contexte, le Conseil devait examiner cette année les programmes suivants:

- programme de baccalauréat en exploitation forestière de l'Université Laval;
- programme de baccalauréat en sciences et technologie du bois de l'Université Laval;
- programme de certificat de 2e cycle en toxicologie de l'Université de Montréal.

Il fallait également ajouter à cette liste, le programme de doctorat en océanographie de l'Université du Québec à Rimouski qui avait fait l'objet en février 1981 d'une recommandation favorable d'opportunité mais qui n'avait pu à ce moment être considéré dans l'exercice sur «le financement spécial à accorder aux nouveaux programmes jugés prioritaires».

Lors de cette opération, le Conseil s'appuyait jusqu'à cette année sur un certain nombre de critères afin d'identifier les programmes d'études susceptibles de faire l'objet d'un financement spécial. Ces critères étaient les suivants:

1. la situation du nouveau programme par rapport aux besoins marqués de la société au niveau de la formation et de la recherche;
2. la situation du nouveau programme par rapport à la programmation existante à l'échelle du réseau universitaire québécois;
3. la situation du nouveau programme par rapport à la programmation interne de l'université.

Pour évaluer la conformité du nouveau programme avec chacun de ces trois critères, le Conseil utilisait un certain nombre d'indices lui permettant de mesurer avec assez de rigueur le degré de conformité des programmes avec les critères retenus.

Cette année, les membres du Comité des programmes firent remarquer que la grille d'évaluation ayant servi dans l'analyse des projets de nouveaux programmes soumis par les universités à l'automne 1981 s'avérait un instrument beaucoup plus raffiné d'évaluation que ne l'était la méthodologie utilisée les années précédentes. Ce raffinement se voit tant au niveau des critères retenus qu'à celui des indices permettant d'évaluer la conformité d'un nouveau programme avec chacun des critères figurant dans la grille d'évaluation. Ces critères sont beaucoup plus explicites et les indices, pour leur part, plus détaillés et plus nombreux.

Comme chacun des établissements universitaires a été informé que la grille d'évaluation allait constituer cette année un instrument essentiel dans l'analyse des nouveaux programmes et compte tenu du fait, que l'évaluation a emprunté un processus très systématique, il est apparu aux membres du Conseil qu'il convenait de s'en remettre aux résultats contenus dans la grille d'évaluation pour chacun des nouveaux programmes afin de juger si tel ou tel programme pouvait faire l'objet d'un financement spécial dans le cadre des programmes jugés prioritaires.

C'est dans le contexte qui vient d'être décrit qu'il faut situer le présent avis du Conseil des universités. Cet avis est décrit ci-après.

2. Recommandation

ATTENDU les avis favorables d'opportunité dont ont fait l'objet les programmes suivants:

- baccalauréat en exploitation forestière de l'Université Laval;
- baccalauréat en sciences et technologie du bois de l'Université Laval;
- certificat de 2e cycle en toxicologie de l'Université de Montréal;
- doctorat en océanographie de l'Université du Québec à Rimouski;

ATTENDU que ces quatre (4) programmes d'études font état d'une demande de subvention spéciale de démarrage;

CONSIDÉRANT que ces quatre (4) programmes s'inscrivent dans la poursuite d'opérations sectorielles ou mini-sectorielles ou qu'ils viennent concrétiser des axes de développement reconnus par le Conseil des universités aux institutions concernées;

CONSIDÉRANT que, selon les énoncés de politique d'organismes gouvernementaux ou paragouvernementaux, les quatre (4) programmes en question répondent à des besoins jugés prioritaires pour le Québec en termes de développement scientifique et technologique.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(de retenir pour fins de subvention spéciale
(de démarrage les quatre (4) programmes
(d'études dont il a été fait mention dans le
(premier attendu du présent avis.

Avis n° 81.14

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter à l'Université de Montréal un programme de certificat de 2e cycle en toxicologie

Dépôt légal — 2e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 21 mai 1982

1. Identification du programme

Nom du programme:

Certificat de 2e cycle en toxicologie

Nom de l'établissement:

Université de Montréal

2. Description de la situation

Lors de sa dernière séance tenue les 20 et 21 mai 1982, le Conseil des universités analysait la recommandation du Comité des programmes relative à l'opportunité d'implanter à l'Université de Montréal un programme de certificat de 2e cycle en toxicologie.

Mise à part l'analyse du certificat de 2e cycle en sciences comptables de l'École des Hautes Études Commerciales, c'est la première fois que le Conseil des universités est appelé à se prononcer sur l'opportunité d'implanter un programme de certificat. En effet, compte tenu de la réalité que recouvre la notion de programme, c'est-à-dire un ensemble structuré d'activités d'enseignement et de recherche conduisant à l'obtention du grade de bachelier, de maître et de philosophiae doctor, le Conseil n'avait pas à évaluer les programmes de certificat qui ne conduisent à l'obtention d'aucun grade universitaire mis à part le cas du cumul de trois certificats pouvant déboucher sur un diplôme de baccalauréat.

Il faut donc expliquer brièvement la raison pour laquelle le Conseil doit formuler aujourd'hui un avis sur le certificat de 2e cycle en toxicologie de l'Université de Montréal.

À l'occasion de l'avis qu'il rendait au ministre de l'Éducation sur 26 projets de nouveaux programmes (février 1978, avis 77.12), le Conseil des universités identifiait 7 domaines d'enseignement et de recherche qui devaient faire l'objet d'une étude approfondie. Aussi, demandait-il au ministre de l'Éducation l'autorisation de conduire lui-même ces études. Le ministre de l'Éducation acquiesçait à cette demande et confiait ainsi au Conseil des universités le soin de mener des études en nutrition, en toxicologie, en sciences politiques, en informatique, en géologie, en travail social et également dans le domaine des spécialités médicales.

À sa 93e séance, le Conseil des universités élaborait et approuvait les mandats de chacune de ces 7 études et désignait les présidents des 7 comités correspondants, choisis pour la plupart parmi ses propres membres.

Dans son rapport soumis au Conseil des universités à l'automne 1979, le comité d'étude sur la toxicologie recommandait, en autres choses,

> *«Que soit mis sur pied un programme de certificat de 2e cycle de toxicologie dont l'objectif serait:*
>
> *a) d'assurer le recyclage des diplômés en situation de travail qui désirent modifier leur orientation initiale;*
>
> *b) d'assurer des connaissances fondamentales en toxicologie aux étudiants inscrits à une maîtrise dans un secteur connexe et qui désirent donner une orientation toxicologique à leurs travaux». (Recommandation 6.2.1)*
>
> *«Que, pour le moment, ce programme soit limité aux Universités de Montréal et McGill qui devraient faire appel aux ressources des autres universités et des milieux compétents pour le réaliser». (Recommandation 6.2.2)*
>
> *«Que ces programmes de certificat de 2e cycle en toxicologie soient approuvés par le Conseil des universités avant d'être lancés par les deux universités concernées». (Recommandation 6.2.3)*
>
> *«Que l'on attende les résultats de cette première expérience et une meilleure évaluation des besoins du marché du travail avant d'envisager la mise sur pied d'un programme de maîtrise en toxicologie». (Recommandation 6.2.4)*

Même si le Conseil aurait préféré que les universités implantent plutôt des programmes de maîtrise que des certificats de 2e cycle en toxicologie, il juge cependant plus pertinent dans les circonstances que l'Université de Montréal ait choisi la seconde solution compte tenu du fait qu'un programme de certificat répondra de bien meilleure façon aux besoins actuels de recyclage des clientèles oeuvrant déjà en milieu de travail dans le domaine de la toxicologie. De plus, cette façon de faire permettra à cette institution d'acquérir l'expérience nécessaire et de créer ainsi des assises sur lesquelles pourrait s'appuyer un éventuel programme de maîtrise en toxicologie.

C'est dans le contexte qui vient d'être décrit qu'il faut situer le présent avis du Conseil. Cet avis est décrit ci-après.

3. Recommandation

ATTENDU la présentation par l'Université de Montréal à l'automne 1981 d'un certificat de 2e cycle en toxicologie;

CONSIDÉRANT l'étude menée dans le domaine de la toxicologie et l'avis du Conseil des universités à laquelle elle a donné lieu;

CONSIDÉRANT que le certificat de 2e cycle en toxicologie constitue un champ multidisciplinaire promis à un avenir scientifique intéressant et le fait que ce programme réponde à des besoins socio-économiques jugés prioritaires pour le Québec;

CONSIDÉRANT que le certificat de 2e cycle en toxicologie vient combler des besoins de recyclage d'une clientèle déjà engagée sur le marché du travail dans des domaines connexes à la toxicologie;

CONSIDÉRANT que le certificat de 2e cycle comble également des besoins de formation complémentaire des étudiants inscrits au 2e cycle dans un secteur connexe et qui manifestent de l'intérêt pour la toxicologie;

CONSIDÉRANT que les objectifs du certificat de 2e cycle en toxicologie sont clairement définis et le fait que les experts consultés ont jugé que le programme était de bonne qualité.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation

(d'autoriser l'implantation à l'Université de
(Montréal d'un certificat de 2e cycle en toxico-
(logie.

Avis n° 81.15

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur la répartition des ressources entre les établissements pour 1982-83

Dépôt légal — 2e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 21 mai 1982

1. Introduction

Dans sa demande d'avis sur la répartition du 16 avril 1982, le ministre de l'Éducation propose de modifier les règles budgétaires concernant le financement des clientèles additionnelles en retirant progressivement sur une période de trois ans la méthode de financement actuelle, basée sur un taux moyen de variations d'années antérieures, et en la remplaçant par un financement des variations de l'année en cours. Suivant cette nouvelle méthode les variations de clientèles, à la hausse comme à la baisse, seraient financées à 75% du per capita disciplinaire moyen du réseau. Le montant alloué au retrait de la formule actuelle serait en 1982-83 de 20 millions de dollars, prélevés à même l'enveloppe de financement. Le ministère de l'Éducation a fait une demande au Conseil du trésor pour que lui soient accordés les crédits nécessaires à la mise en vigueur de la nouvelle méthode de financement des clientèles additionnelles. En cas de réponse négative, cependant, les montants nécessaires à ce financement seraient aussi prélevés dans l'enveloppe de financement de l'année concernée. Une réserve de 7 millions de dollars serait ainsi constituée à même l'enveloppe de base pour financer les clientèles additionnelles prévues pour 1982-83 si les crédits supplémentaires ne sont pas accordés.

La demande d'avis du ministre indique que le ministère de l'Éducation prépare un document d'orientation sur une nouvelle formule de financement des universités pour les prochaines années et qu'il entend procéder aux discussions et aux consultations nécessaires au cours de la présente année. Dans le but de favoriser la transition entre cette nouvelle formule et celle actuellement en vigueur, le ministère se propose de réserver une somme de 10 millions de dollars dans l'enveloppe de financement de 1982-83 pour ajuster en conséquence les bases de financement des universités. Les modalités de répartition de cette réserve restent à déterminer et un avis sera demandé au Conseil des universités sur cette question.

2. Une nouvelle formule de financement des universités

Le Conseil a souligné dans son avis sur le niveau de l'enveloppe de financement du réseau universitaire pour 1982-83, la nécessité d'une nouvelle formule de financement et d'un ajustement graduel des bases de financement de chacune des universités. Il est en conséquence d'accord avec la démarche proposée par le ministère et il formulera en temps utile des commentaires plus précis sur ces sujets. Étant donné toutefois l'importance considérable que revêt à ses yeux l'adoption d'une nouvelle formule de financement, le Conseil souhaite être associé étroitement à sa mise au point et en particulier être consulté avant que ne soient finalisées ses principales orientations.

3. Les clientèles additionnelles

Dans son avis sur le niveau de l'enveloppe de base pour 1982-83, le Conseil a analysé les problèmes soulevés par l'addition de nouvelles clientèles sans ressource équivalente et les distorsions ainsi amenées aux bases de financement des universités, les universités ayant subi les plus fortes augmentations de clientèles ayant vu se rétrécir plus fortement les subventions per capita.

Étant donné les coupures sévères déjà faites au financement des universités, les coupures supplémentaires que représente le financement des clientèles additionnelles par prélèvements à même l'enveloppe de base du réseau et la dégradation importante des dépenses per capita qui en est résultée, le Conseil tient à réitérer ses recommandations à l'effet que les montants requis pour l'abandon de l'ancienne formule et le financement des clientèles additionnelles de 1982-83 soient ajoutés à l'enveloppe de base annoncée.

Quant à la proposition de financer les clientèles additionnelles à 75% du per capita moyen disciplinaire, le Conseil estime que c'est une amélioration par

rapport à l'ancienne formule, mais il n'est pas certain à ce stade-ci que ce soit la méthode la mieux adaptée à la conjoncture. Par exemple elle ne tient pas compte des besoins de développement aux cycles supérieurs et des lacunes relevées dans l'avis du Conseil sur le niveau de financement quant aux inscriptions et à la diplômation aux 2e et 3e cycles. De même, considérant les augmentations fortes de clientèles à temps partiel des dernières années et les retards que l'on constate en examinant les taux d'inscription à temps complet, il faudrait peut-être examiner la possibilité d'un financement différencié des clientèles additionnelles à temps partiel et à temps complet. En somme il serait souhaitable que la nouvelle méthode de financement des clientèles additionnelles soit reliée à une définition plus précise de l'objectif d'accessibilité.

De plus, il est important de réaliser que le financement des clientèles additionnelles n'est qu'un volet du système de financement du réseau universitaire et qu'il est souhaitable de s'assurer de la cohérence de ces différents volets. Puisque le ministère proposera bientôt de nouvelles orientations pour la formule de financement et que ces orientations seront discutées avec les universités, le Conseil trouve prématuré de se prononcer sur les modalités précises de la nouvelle méthode de financement de clientèles additionnelles, étant donné que ces modalités se doivent de tenir compte de la formule de financement pour les prochaines années.

Ceci étant dit, il n'en reste pas moins nécessaire de prévoir dès maintenant les dispositions du financement des clientèles additionnelles pour l'année en cours afin que les universités puissent estimer le plus tôt possible les subventions qui leur seront allouées. Par ailleurs, il est urgent de remplacer la formule actuelle de financement des clientèles additionnelles par une autre qui soit mieux adaptée aux objectifs d'accessibilité de l'enseignement supérieur.

Le ministère se propose de financer les nouvelles clientèles sur la base des coûts moyens disciplinaires par étudiant. C'est là une méthode intéressante qui reflète mieux les coûts réels que représentent les nouveaux étudiants. Elle présente cependant quelques inconvénients; d'abord il sera souvent difficile d'établir avec justesse ces coûts moyens disciplinaires, car les comptabilités des universités ne s'y prêtent pas toujours très bien. De plus, cette méthode risque de refléter en partie au moins l'état de développement des diverses disciplines dans le réseau universitaire québécois, plutôt que leurs besoins réels. Mais ces inconvénients, qui ne sont pas nécessairement insurmontables, ne prennent toute leur importance que si les coûts moyens disciplinaires sont utilisés pour calculer la base de financement des universités. Dans le cas actuel où l'on ne veut financer que les clientèles additionnelles de 1982-83, ils ne risquent pas d'introduire de distorsions graves. Aussi le Conseil serait-il prêt à se rallier à cette méthode de financement pour les clientèles additionnelles du 1er cycle universitaire.

En ce qui concerne les cycles supérieurs, le Conseil est d'avis qu'il importe de traduire dès maintenant les objectifs d'accessibilité différenciés préconisés par le ministre de l'Éducation dans son discours du 3 février 1981 et de commencer à remédier au «sous-développement relatif des études de 2e et 3e cycles».[1] Ce sous-développement tient en grande partie à ce que les exigences spécifiques de ces programmes ne sont pas reconnues au niveau du financement. Au troisième cycle, par exemple, les cours se donnent à de petits groupes et le même professeur ne peut encadrer les projets de recherche de plus que quelques étudiants. C'est là une situation de fait très générale, consacrée par la pratique partout dans le monde et reconnue explicitement dans certaines conventions collectives. La formule de financement en usage en Ontario reconnaît d'ailleurs cet état de chose en allouant pour chaque étudiant au doctorat jusqu'à 6 fois plus qu'au premier cycle.

De l'avis du Conseil, l'amélioration des programmes de 2e et 3e cycles passe donc par un financement mieux adapté à leurs caractéristiques propres. Et cela est encore plus vrai en cette période d'austérité, car ces programmes qui s'adressent le plus souvent à de petits groupes et requièrent des ressources très spécialisées sont souvent les premiers atteints par les restrictions budgétaires. Aussi le Conseil, qui compte s'engager avec les universités dans une révision de l'ensemble de ces programmes, souhaite-t-il qu'elles soient plus en mesure de leur accorder l'attention et les ressources dont ils ont besoin. C'est pourquoi le Conseil juge essentiel d'introduire dès maintenant dans la formule de financement des clientèles additionnelles un facteur de pondération pour les étudiants des grades supérieurs. Ce facteur, le Conseil propose qu'il soit égal à 2 pour les clientèles additionnelles du 2e cycle et à 4 pour celles du 3e cycle.

---

[1] L'Avenir des universités québécoises, p. 9.

Le Conseil ne prétend pas ici que ces facteurs correspondent exactement aux coûts engendrés par les programmes d'études avancées. Ces coûts sont en effet difficiles à évaluer et, dans l'état actuel des choses, ils sont souvent sous-estimés au détriment de la qualité de l'encadrement et des ressources d'appoints. Aussi le Conseil estime-t-il que ces facteurs, qu'à bien des points de vue on peut considérer des limites inférieures, constitueront un premier pas nécessaire au redressement de la situation. Ils inciteront les universités à accroître leurs efforts pour attirer et retenir leurs étudiants de 2e et 3e cycles, ce qui ne pourra se faire sans qu'elles apportent une plus grande attention à leur encadrement et à la qualité générale des programmes.

Des estimations préliminaires permettent de croire que le coût associé à cette mesure serait relativement modeste, quelque 20% du coût total des clientèles additionnelles. Et pourtant, il y a tout lieu d'espérer qu'elle aura une influence importante. Jumelé à la révision des programmes, ce financement devrait permettre de développer une plus grande accessibilité à des programmes de meilleure qualité, ce qui *ensemble* devrait constituer un objectif fondamental du réseau universitaire.

Pour faire face à l'éventualité que le gouvernement ne lui accorde pas de crédits supplémentaires pour le financement des clientèles additionnelles, le ministère se propose de prélever dans l'enveloppe budgétaire du réseau universitaire une réserve de 7 millions de dollars qui serait utilisée pour financer les clientèles additionnelles sur une base de 75% du per capita disciplinaire. Le Conseil des universités est d'accord avec la constitution de cette réserve mais il souhaite que les facteurs de pondération des clientèles additionnelles des 2e et 3e cycles soient inclus dans le calcul de la répartition de cette somme. Par ailleurs, advenant que les crédits le permettent, il souhaite que le niveau de financement de ces nouvelles clientèles se rapproche encore plus de 100%.

Enfin, le Conseil estime qu'il ne faut pas confondre le financement requis par les opérations de développement et de rationalisation et le financement des clientèles additionnelles. Ce dernier doit se faire dans le cadre d'une formule précise, simple et claire, alors que les coûts associés aux premières opérations nécessitent des études particulières et peuvent être défrayés par des programmes spécifiques tels que le Fonds de développement pédagogique. Aussi le Conseil estime-t-il souhaitable d'éviter d'introduire dans la formule de financement des clientèles additionnelles des mesures particulières comme celle qui permettrait d'exempter du comptage des clientèles, les baisses résultant de l'abandon de cours ou de programmes.

4. Le solde non distribué et les ajustements mécaniques

Sans formuler de recommandations précises, le Conseil des universités tient à exprimer quelques commentaires sur le solde non distribué et les ajustements mécaniques.

Considérant l'ampleur du solde non distribué qui, pour 1982-83, s'élèvera à plus de 20 millions de dollars et les besoins immédiats des établissements face aux coupures budgétaires, le Conseil souhaite que le montant non identifié au solde non distribué soit aussi petit que possible et que, en tout cas, il ne s'élève pas à plus de 2 millions de dollars. De plus, le Conseil aimerait être consulté advenant que ce montant serve à autre chose que la correction d'erreurs ou la réponse à des cas d'urgence.

En ce qui concerne les ajustements mécaniques, le Conseil veut tout d'abord souligner que les montants impliqués sont considérables: 66 millions de dollars sont prévus à ce titre en 1982-83. Puisqu'une grande partie de ces ajustements mécaniques sont assujettis aux mêmes règles d'indexation que les dépenses admissibles, il y aurait lieu de les intégrer à ces dernières. L'introduction d'une nouvelle formule de financement devrait être l'occasion de revoir la liste des ajustements mécaniques et d'évaluer la nécessité de les maintenir en totalité ou en partie.

5. Recommandations

Recommandation 1

CONSIDÉRANT les recommandations de l'avis du Conseil des universités sur le financement du réseau universitaire pour 1982-83;

CONSIDÉRANT le besoin de concordance entre le financement des clientèles additionnelles et l'objectif d'accessibilité;

CONSIDÉRANT les distorsions causées par la présente formule de financement des clientèles additionnelles;

CONSIDÉRANT le besoin de cohérence entre le financement des clientèles additionnelles et l'ensemble des orientations d'une nouvelle formule de financement du réseau universitaire;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

1° que la méthode actuelle de financement des clientèles additionnelles soit retirée progressivement sur trois ans;

2° qu'une nouvelle méthode de financement des clientèles additionnelles soit élaborée en même temps et en tenant compte de la nouvelle formule de financement de chaque université, et qu'elle soit mise en application à partir de 1983-84.

Recommandation 2

CONSIDÉRANT les prévisions d'augmentation de clientèles pour 1982-83;

CONSIDÉRANT la nécessité de connaître dès maintenant les modalités précises de financement de ces clientèles additionnelles pour permettre aux établissements de planifier leurs activités et d'établir leurs plans d'équilibre budgétaire;

CONSIDÉRANT par ailleurs l'importance d'adopter une méthode de financement de ces clientèles additionnelles qui soit mieux adaptée à la poursuite de l'objectif d'accessibilité particulièrement au niveau des 2e et 3e cycles et qui reflète mieux les coûts réels engendrés par la présence de ces nouveaux étudiants;

CONSIDÉRANT la dégradation des subventions per capita du réseau universitaire dont la cause principale a été le non financement des clientèles additionnelles, tel que le soulignait l'avis du Conseil sur le financement du réseau universitaire pour 1982-83;

CONSIDÉRANT le sous-développement relatif des études de 2e et 3e cycles et les besoins particuliers de l'enseignement de ces niveaux;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

1° d'utiliser, pour financer les variations de clientèles de l'automne 1982 des établissements universitaires, une formule basée sur les coûts disciplinaires moyens par étudiant du réseau universitaire;

2° de financer les variations des clientèles du 1er cycle à au moins 75% du per capita disciplinaire;

3° d'allouer des crédits per capita 2 et 4 fois plus élevés respectivement pour les augmentations des clientèles des 2e et 3e cycles;

4° d'ajouter à l'enveloppe de financement du réseau universitaire les sommes requises pour financer ces variations de clientèles au taux le plus élevé possible suivant la méthode indiquée ci-dessus;

5° de réserver dans l'enveloppe de financement du réseau une somme de 7 millions de dollars pour financer ces variations de clientèles dans l'hypothèse où les crédits nécessaires ne pourraient absolument pas être ajoutés à l'enveloppe tel que recommandé précédemment.

Avis n° 81.16

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur le schéma de développement des systèmes de données sur le réseau universitaire

Dépôt légal — 2e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 21 mai 1982

Introduction

Dans son avis sur les rapports de la commission d'étude sur les universités «l'Université québécoise des années 80», le Conseil soulignait que «l'existence d'un système décentralisé de gestion du système universitaire implique en contrepartie la mise en place de mécanismes de reddition de comptes satisfaisants. En matière de financement, en particulier, ces mécanismes devront permettre à la fois une validation des informations devant servir de base à l'allocation des ressources, un contrôle financier à posteriori de l'utilisation de ces fonds et une évaluation plus globale de la performance des établissements et du système». Dans le même document le Conseil affirme plus loin que «le ministère de l'Éducation ne dispose pas présentement des fichiers suffisants pour réaliser de façon adéquate et équitable sa responsabilité relative au partage des ressources». C'est pourquoi il recommandait «que le ministère de l'Éducation mette en place un mécanisme de cueillette et de validation des informations nécessaires pour les fins de détermination de l'enveloppe budgétaire de chaque université».

Par ailleurs dans son dixième rapport annuel, le Conseil affirmait «que son action est grandement entravée et parfois même compromise, par la difficulté sinon l'impossibilité où il se trouve parfois d'obtenir des informations sur l'état du système en général ou sur des problèmes particuliers.» Il déclarait «que dans une perspective où les universités sont financées par les fonds publics et où elles devraient être tenues de rendre des comptes, il est inconcevable qu'elles considèrent encore comme étant de nature privée certaines données pourtant essentielles à l'évaluation de leurs activités.» En conclusion le Conseil constatait que «l'absence au niveau central d'un certain nombre de données standardisées, validées et périodiquement mises à jour, s'avère un handicap pour quiconque veut s'engager sérieusement dans une entreprise de planification et de rationalisation des ressources, que ce soit au niveau central ou au niveau d'un établissement particulier.»

En somme le Conseil des universités a dénoncé à maintes reprises dans le passé, plusieurs carences des systèmes d'informations sur le réseau universitaire. Certaines informations ne sont pas disponibles, d'autres sont de qualité ou de fiabilité douteuse. En matière de données financières par exemple, l'inhomogénéité des pratiques comptables, des définitions et des règles d'imputation rendent presqu'impossibles les comparaisons inter-institutionnelles. On constate aussi de sérieux problèmes de cohérence et de mise à jour des données. Par exemple les données concernant la caractérisation des masses salariales (CMS) ne coïncident pas toujours avec des informations de même nature contenues dans les formulaires financiers de fonctionnement. En outre ces données ne sont souvent disponibles qu'avec deux ou trois années de retard.

1. Nécessité d'un système d'informations sur le réseau universitaire

Dans la conjoncture actuelle, ces remarques du Conseil prennent toute leur signification; car dans la période actuelle d'austérité, l'absence d'informations satisfaisantes ne permet pas de procéder à des évaluations précises de la performance des établissements et du réseau en général et risque d'entraîner des coupures dont on ne peut estimer correctement les effets sur la poursuite des missions fondamentales de l'université et sur la coordination et la bonne marche du réseau. Par exemple, il est certain que la révision de la formule de financement des universités serait grandement facilitée par l'existence de données validées sur lesquelles s'entendent tous les intéressés.

Dans cette perspective, le Conseil des universités réaffirme la nécessité d'établir un système adéquat d'informations sur le réseau universitaire qui serve de base le plus rapidement possible à un fonctionnement ordonné des missions et des ressources universitaires. En plus de s'appuyer sur les principes directeurs proposés dans le schéma de développe-

ment du ministère, ce système devra s'inspirer largement d'une évaluation des besoins d'informations des principaux intervenants du système universitaire, soit le ministère, le Conseil des universités et les universités prises individuellement ou collectivement.

2. Les principes directeurs guidant le développement d'un système d'informations

En faisant l'analyse de l'état actuel des systèmes, on constate qu'il y a beaucoup d'informations sur le réseau universitaire mais qu'elles sont de façon générale assez peu utilisées. Cette situation résulte des principales causes suivantes. D'une part les différents fichiers ou ensembles d'informations existants sur les universités se sont développés sans plan d'ensemble soit par manque de concertation entre le ministère et les universités, soit par manque d'intérêt de part et d'autre. D'autre part l'évaluation des systèmes existants laisse voir des lacunes dans la collecte, la mise à jour et la validation des données et dans leur diffusion et leur utilisation dans les opérations de gestion et de planification du réseau universitaire dans son ensemble. À cela s'ajoute une lacune systémique importante due à la diversité des nomenclatures, des définitions et des classifications qu'on retrouve souvent entre les différents fichiers.

Ce diagnostic d'ensemble amène le ministère à conclure qu'il faut guider le développement futur des systèmes de données sur l'enseignement supérieur en s'appuyant sur les cinq principes directeurs suivants:

1. La pertinence de l'information et des systèmes de données pour la planification d'un réseau essentiellement décentralisé, ne peut être mise en cause.
2. L'objectif recherché est de développer des systèmes de données sur le réseau et non des systèmes «collectifs» de gestion institutionnelle.
3. La coordination et la gestion des systèmes sur le réseau doivent prendre appui sur la concertation et le partage des responsabilités.
4. Les pratiques de diffusion des données et d'accès aux systèmes de données «réseau» doivent découler du principe que ces données sont du domaine public, sous réserve du droit des citoyens à la confidentialité des données personnelles.
5. En raison des coûts qu'engendre la création ou la modification de systèmes de données, le développement devra s'articuler tout à la fois autour des systèmes existants et à partir de règles de cohérence systémique, selon une approche graduelle et un calendrier réaliste.

De façon générale, le Conseil des universités est favorable au schéma de développement proposé par le ministère ainsi qu'aux principes directeurs qui le sous-tendent, mais cependant au niveau des détails il tient à exprimer certaines réserves ou conditions.

Le premier principe traite de l'acceptation par les divers intervenants de la pertinence d'une information standardisée sur les ressources et les activités d'un réseau d'établissements décentralisés, autonomes et financés en grande partie par les fonds publics. Dans «L'université québécoise des années 80» le Conseil mentionnait dans un chapitre sur l'accès à l'information que c'est «par le biais du financement et des règles qui y président, que le ministère a le *pouvoir* de solliciter toutes les informations requises pour les fins d'attribution des ressources, d'évaluation et de contrôle.» Il faudrait donc que le ministère affirme davantage ce pouvoir dans ce principe mais en contrepartie il se doit d'y respecter scrupuleusement le principe de la transparence en étant plus clair sur les règles du jeu et plus précis sur les objectifs, allant même jusqu'à définir les zones d'activités qui feront l'objet d'une évaluation d'impact ou de performance et les sanctions qui peuvent y être rattachées. En d'autres termes il faut reconnaître dans ce principe d'accès à l'information qu'il s'agit là d'un pouvoir du ministère qui ne peut être négocié ou mis en cause et qu'en corollaire il doit transmettre aux universités et au Conseil les informations pertinentes à une bonne compréhension des politiques gouvernementales en ces domaines de façon à susciter le débat public chez tous les intervenants.

Quand au second principe directeur, il précise les intentions du ministère de développer des systèmes de données standardisées sur le réseau et non pas des systèmes «collectifs» de gestion institutionnelle, ces derniers étant une responsabilité proprement institutionnelle. Conscient que les systèmes institutionnels devront alimenter les systèmes de données sur le réseau, le Conseil des universités constate à l'instar du ministère que les établissements devront dans certains cas, modifier leurs systèmes de données, ce qui représente un coût propre à la décentralisation. Cependant, le Conseil souhaite ardemment que la standardisation ou la normalisation des don-

nées soit limitée à l'essentiel et ne constitue pas des entraves à l'innovation. Par exemple en matière de régime pédagogique, la standardisation poussée à l'extrême dans les systèmes de données pourrait représenter une contrainte à l'innovation pédagogique. D'où découle l'importance de la concertation de tous les partenaires du réseau universitaire dans l'élaboration des règles de standardisation comme on l'indique dans le troisième principe directeur.

Le Conseil est globalement d'accord avec le troisième principe directeur qui préconise la concertation et le partage des responsabilités dans le développement et la gestion des systèmes de données; mais il a de sérieuses réserves sur les modalités d'exercice prévues par le ministère.

Le Conseil n'a pas d'objections à ce que le ministère et la CREPUQ se partagent la gestion technique des diverses banques de données. Mais il importe, qu'avant de confier de telles responsabilités à l'un ou l'autre, tous les partenaires, y compris le Conseil, se soient entendus sur le contenu et l'accès à ces systèmes.

Sur ce point, le Conseil souhaite que soit précisé le rôle des comités conjoints de gestion et leur capacité réelle d'intervention, aussi bien avant qu'après la définition du système et l'attribution de la responsabilité de l'opérer, et il lui paraît important que tous les intéressés soient invités à siéger sur chacun de ces comités comme le prévoit le projet du ministère.

Par ailleurs, le Conseil souhaite qu'il en soit de même au comité stratégique chargé d'assurer la cohérence d'ensemble du développement des systèmes de données et il lui paraîtrait regrettable que tous les principaux partenaires du système d'enseignement supérieur n'y soient pas représentés. Comme c'est à ce niveau que devraient se préciser les relations entre les divers systèmes de données ainsi que les priorités de développement, il serait regrettable que le Conseil, à qui l'on a confié des responsabilités considérables en matière de coordination et d'évaluation, n'y soit pas présent pour faire valoir ses propres besoins et ses priorités. C'est là un oubli à corriger.

Le Conseil est d'accord avec les quatrième et cinquième principes directeurs. Dans ce dernier cas cependant, il souhaite que soient introduites certaines règles minimales de cohérence entre les fichiers. Peut-être devrait-on prévoir à plus long terme certaines formes d'intégration, de façon à permettre l'exploitation simultanée de quelques fichiers. Par exemple si l'on pouvait croiser les fichiers sur les inscriptions, les admissions et les diplômés, il serait facile d'obtenir certains indicateurs de performance et de pertinence des programmes, comme les taux d'abandons dans un programme, les taux de diplômation, les durées moyennes de formation, l'origine des étudiants selon leurs bases d'admission.

Par ailleurs, tout en étant d'accord avec l'approche graduelle proposée par le ministère, le Conseil tient à rappeler l'urgence de disposer d'un système adéquat d'information. Aussi ne faudrait-il pas que cette approche graduelle donne lieu à des retards indus.

3. Conclusion

En résumé, donc, le Conseil des universités est globalement d'accord avec le schéma de développement des systèmes de données sur le réseau universitaire proposé par le ministère de l'Éducation. Il souhaite cependant que l'on tienne compte des remarques et des réserves qu'il a tenu à exprimer, et tout particulièrement en ce qui touche à sa présence au comité stratégique chargé d'assurer le développement d'ensemble des systèmes d'informations.

Avis n° 81.17

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur la demande de subvention «d'Action structurante» de l'UQAR en océanographie et gestion des ressources maritimes

Dépôt légal — 2e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 18 juin 1982

Introduction

Dans une lettre en date du 12 janvier 1982[1], le ministre de l'Éducation requérait l'avis du Conseil des universités sur un plan quinquennal d'activités préparé par l'Université du Québec à Rimouski dans le secteur de l'océanographie et de la gestion des ressources maritimes, ce en vue d'obtenir une subvention de 433 000 $ au titre du nouveau programme «d'Action structurante» mis sur pied par le M.E.Q.

Le ministre, dans sa lettre, affirme que l'océanographie et la gestion des ressources maritimes représentent pour le Québec «un pôle de développement de première importance» et pour l'UQAR «un centre d'intégration de ses ressources humaines et matérielles». Considérant toutefois le nombre d'unités actives dans ce domaine au sein du réseau universitaire, le ministre invite le Conseil à «évaluer l'impact de leurs activités pour mesurer, d'une part, le degré de coordination des enseignements et des recherches à établir», et «d'autre part, mieux juger de la pertinence de la proposition de l'UQAR.»

Cadre du présent avis

Dans l'élaboration du présent avis, le Conseil des universités s'est trouvé devant un certain nombre d'interrogations et de dilemmes. On invite, pour la deuxième fois en quelques mois, à évaluer une proposition soumise au titre d'un programme dont les objectifs, les critères, la portée ne sont pas encore définis. Une première subvention «d'action structurante» avait été sollicitée l'automne dernier par l'Institut Armand-Frappier de l'Université du Québec, dans le champ des biotechnologies. Étant donné que la demande émanait d'un établissement ayant certaines fonctions et certaines ressources à peu près exclusives, pour un domaine explicitement déclaré prioritaire par le Québec, on avait pu, même en s'appuyant sur des critères ad hoc, en arriver à une recommandation assez bien étayée.

Mais l'évaluation de la présente demande de l'UQAR risque d'être beaucoup moins simple. On se trouve devant un secteur de recherche — l'océanographie — réputé évidemment de «première importance pour le Québec», mais cela, à l'instar de beaucoup d'autres secteurs, sans plus. Une seule des universités y étant à l'oeuvre, présente un plan d'activités assorti d'une demande de financement spécial, dont on doit apprécier la pertinence compte tenu, entre autres, des activités accomplies par les autres unités. Au fond, c'est une étude de coordination sectorielle qu'il faudrait mener, mais des contraintes de temps l'interdisent, le ministre requérant un avis dans de brefs délais. Et au terme de ladite étude, on voudrait sans doute éventuellement déboucher sur une stratégie de concertation de l'ensemble des unités du réseau intéressées à l'océanographie et à la «gestion des ressources maritimes». Reste à savoir si la méthode adoptée — celle de revoir le développement d'un ensemble d'unités en se basant principalement sur un plan et une demande de financement présentés par une seule d'entre elles — est réellement la bonne...

Le Conseil reviendra éventuellement sur ces questions de base, qui concernent la politique même du M.E.Q. en matière de planification et de financement de la recherche universitaire. Il veut d'abord analyser le dossier présenté par l'UQAR, à la lumière d'un bilan succinct de l'activité des autres unités engagées dans le secteur de l'océanographie et de la gestion des ressources maritimes au Québec. On verra que ce bilan suscite des questions touchant non seulement l'océanographie comme telle mais aussi l'état des relations entre les établissements, ou entre les organismes responsables du soutien de la recherche dans ce secteur au Québec.

Dans l'élaboration du présent avis, le Conseil a eu recours à certaines méthodes particulières de travail dont il convient de dire un mot. Ayant à brosser un tableau des activités et des besoins, en matière de recherche et de formation universitaire dans le secteur de l'océanographie et de la gestion des ressources maritimes, il a choisi de s'en remettre pour l'essentiel à la documentation déjà disponible. Idéalement, il aurait mieux valu s'adresser directement aux

[1] Voir l'annexe 1.

agents intéressés — universités, bailleurs de fonds, utilisateurs de la recherche, etc. — pour obtenir les données relatives aux questions susmentionnées. Mais les contraintes de temps ne permettaient pas d'agir ainsi. On s'est efforcé de remédier à cet inconvénient en ayant recours à quelques informateurs-clés, pour valider ou pour compléter les renseignements puisés préalablement dans la documentation. Malgré cela, le tableau constitué n'est probablement pas exhaustif. Nous croyons toutefois qu'il est suffisamment fidèle et réunit assez d'informations pertinentes pour répondre aux besoins de la présente étude — laquelle, répétons-le, revêt une portée assez modeste et tient davantage de l'analyse ponctuelle que d'une évaluation sectorielle au sens propre du mot.[1]

Le plan d'activités[2] soumis par l'UQAR aux fins de l'obtention d'une subvention d'action structurante étant, sous certains aspects, assez sommaire, on a vu à utiliser — comme du reste l'UQAR y invitait — le dossier préalablement préparé par l'université pour l'obtention du doctorat en océanographie[3] comme document complémentaire de description et de justification de la présente demande. Les pièces annexées à ce second dossier, et principalement, les avis émis par les experts sur la qualité et sur l'opportunité du projet de programme de doctorat en océanographie, ont été également employés aux fins de l'analyse. Considérant le fait que ces avis d'experts avaient été sollicités il y a peu de temps, qu'ils s'intéressent à la réalité même ici considérée — c.f. les objectifs, les ressources, les besoins de l'UQAR, au chapitre des études avancées et de la recherche en océanographie — le Conseil n'a pas cru opportun d'en requérir d'autres.

Le présent avis a été adopté lors de la 137e séance du Conseil tenue le 18 juin 1982.

[1] Il faut souligner, pour être clair, que le dossier de l'UQAR, basé sur une approche institutionnelle, se prêtait mal à une évaluation de type sectoriel. Beaucoup d'efforts ont dû être consacrés à la cueillette des données sectorielles.

[2] UQAR, *Demande d'une subvention d'action structurante en océanographie et en gestion des ressources maritimes*, janvier 1982.

[3] UQAR, *Dossier de présentation du programme de doctorat en océanographie*, août 1980.

1. L'océanographie au Québec et au Canada: quelques données de base

L'océanographie — ou les sciences de la mer — concerne «l'étude des océans, de ce qu'ils contiennent et de leurs limites».[4] On emploie par ailleurs le terme «technologie de la mer» pour identifier plus spécialement «l'ensemble des procédés et des techniques servant à des fins de prospection, d'exploitation,» de gestion des ressources maritimes.[5]

L'océanographie est un champ pluridisciplinaire — ainsi parle-t-on couramment d'océanographie «physique» ou «chimique», «biologique» ou «géologique», ou de «génie des océans». Son développement, fort jeune, remonte pour presque toutes les spécialités à guère plus de deux ou trois décennies. On a là l'exemple même d'un champ de recherche orienté dont les objectifs, le rythme d'évolution, sont étroitement influencés par les besoins économiques et sociaux, l'océanographie ayant pris son véritable envol comme science à partir du moment où les États se sont donnés leurs premières politiques d'exploration et de mise en valeur des ressources de la mer.

Pour le Canada et le Québec, l'océanographie représente «un pôle de développement de première importance», mais ni au même degré, ni de la même façon.

Le Canada est entouré de trois océans; ses côtes et son plateau continental sont parmi les plus vastes du monde. Le Québec est borné par l'eau salée sur les deux tiers de ses frontières, — de la pointe de l'Île d'Orléans au Labrador, de la Baie James à la Baie d'Ungava. Même si des similitudes existent dans la géographie, il ne faudrait pas croire qu'elles se retrouvent ipso facto au chapitre des besoins, ou des stratégies de développement des ressources maritimes arrêtées par l'une ou l'autre société.

Pour le Canada, les océans constituent un véritable domaine prioritaire, au plan économique, scientifique et technique, à cause des impératifs de sécurité et de défense nationale, des pêcheries, des gise-

[4] Voir, Conseil des Sciences du Canada, *Étude sur les sciences et la technologie de la mer*, 1971, p. 182.

[5] Ibid.

ments sous-marins d'hydrocarbures et de minéraux, des transports, du tourisme et des loisirs.[1]

Or un certain nombre des raisons susmentionnées, dans le cas du Québec, ne jouent pas, ou revêtent en pratique une importance beaucoup moindre. Que l'on pense par exemple aux pêches — le Québec en 1980, n'y ayant que 0,3% des emplois, 7% des prises de l'est du Canada — ou encore au pétrole sous-marin, au tourisme, au transport dans le Grand Nord...

Il faut toutefois se garder de conclure que l'intérêt du Québec pour le développement des ressources maritimes et de l'océanographie n'existe pas. Depuis quelques années au contraire, la mer y devient peu à peu un thème à l'heure du jour avec les programmes gouvernementaux touchant la relance des pêches maritimes, ou de la prospection pétrolière dans le Golfe avec, encore, les travaux du *Comité sur le St-Laurent*, amorce d'un plan d'aménagement du fleuve, ou les études d'Hydro-Québec sur l'impact en milieu marin des futurs barrages hydro-électriques de la Basse Côte Nord; avec aussi les nouvelles politiques de protection de l'environnement, la vogue de l'écologie, des loisirs nautiques... Les besoins et les intérêts du Québec sont donc là, mais ils restent fluides, commençant à peine d'être explicités et ordonnés.

Les ressources scientifiques et techniques au Québec et au Canada

Au plan scientifique et technique l'écart du Québec — du milieu francophone surtout — par rapport au Canada, en océanographie, transparaît nettement. Le développement de l'un voisine l'excellence alors que l'autre est encore en situation d'émergence.

L'étude de 1971 du Conseil des Sciences, dans un paragraphe intitulé «le Canada français et l'océanologie» soulignait que «les sciences de la mer se sont développées dans le Canada anglophone, les besoins de centralisation et de coordination favorisant l'utilisation de l'anglais dans ce domaine». [2] Les auteurs de l'étude dénombrèrent à l'époque 78 océanographes universitaires au Canada, dont 4 au Québec francophone. Ils crurent pertinent d'inviter le Canada français à faire plus d'efforts dans le champ visé...

Dix ans plus tard, les effectifs universitaires francophones ont été multipliés par six ou sept, à la suite de la mise sur pied, en 1969, du Groupe interuniversitaire de recherche océanographique du Québec — le GIROQ, des universités Laval, McGill, de Montréal — et en 1971 de la section d'océanographie de l'Université du Québec à Rimouski — la SOUQUAR — puis en 1972, de l'INRS-océanologie. L'on ne peut toutefois parler pour autant d'un rattrapage réussi.

Les faiblesses du Québec francophone, face au Canada anglophone, dans le secteur concerné, demeurent perceptibles à de nombreux niveaux. Il faut s'arrêter sur le phénomène brièvement si l'on veut être à même de saisir la dynamique[3] qui préside au développement de l'océanographie dans le réseau universitaire québécois, et partant, de mieux évaluer la portée de la proposition soumise par l'UQAR.

La première difficulté du Québec, déjà évoquée, a trait à son retard historique vis-à-vis le Canada. L'effort scientifique canadien, date de l'après-guerre, celui du Québec — exception faite pour McGill — remonte à une décennie. Aucune donnée ne peut mieux illustrer l'importance de ce retard que celles se rapportant à la formation du personnel hautement qualifié. Entre 1950 et 1980, 179 diplômes de Ph. D. en océanographie ont été décernés par les universités canadiennes, dont 44 par McGill mais seulement trois par les universités Laval et de Montréal. [4]

Deuxième difficulté majeure: le secteur universitaire, au Québec, est plus ou moins laissé à lui-même, alors que dans les autres provinces canadiennes les plus intéressées à l'océanographie, ce même secteur universitaire peut compter sur un support considérable des autres institutions de recherche — grands laboratoires gouvernementaux et firmes industrielles. L'océanographie, comme l'aéronautique, ou les communications, est un champ scientifique à infrastructures lourdes. Les secteurs d'exécu-

---

[1] Voir l'étude sur *les sciences et la technologie de la mer* déjà citée, chap. 1. Voir aussi le rapport d'atelier sur *les océans* du CRSNG, en date de février 1982. L'océanographie, en 1973, fut le premier domaine de recherche déclaré prioritaire au Canada par le ministre d'État aux Sciences et à la Technologie.

[2] Op. cit. p. 160.

[3] Dynamique influencée considérablement par le gouvernement fédéral, ses ministères, ses agences subventionnaires, ses instituts de recherche, qui contrôlent en bonne partie les objectifs et les fonds allant à la recherche océanographique.

[4] Voir le tableau 1, page suivante. Laval et l'Université de Montréal n'ont pas de programme de 3e cycle en océanographie, mais y maintiennent des concentrations en biologie marine.

tion autres que l'université y exercent une influence ou un leadership très marqué: que l'on pense aux grands instituts gouvernementaux, à leur contingent de scientifiques et de techniciens à plein temps, à leurs gros équipements sophistiqués — navires de recherche ou bassins expérimentaux, ou encore à la multitude de firmes industrielles à qui l'on confie des fonctions de sous-traitance, en recherche, ou en innovation technologique. Les données des tableaux 2 et 3, sur la répartition des effectifs scientifiques non universitaires au Canada ne peuvent être plus éloquentes, surtout en ce qui a trait au secteur gouvernemental. Au total, 5% des chercheurs océanographes à l'emploi du fédéral, à l'extérieur d'Ottawa, — et 5% de ceux détenteurs d'un Ph. D. — se retrouvent au Québec. Autre donnée illustrant bien le déséquilibre des ressources: des 315 Ph. D. océanographes actifs en recherche dans les établissements gouvernementaux au Canada, deux sont à l'emploi du gouvernement du Québec.[1]

Tableau 1

Nombre de diplômés en océanographie durant la période 1951-1979, au 2e et 3e cycles, dans les principales universités canadiennes

	3e cycle	2e cycle
Université Dalhousie	60	67
Université de Colombie Britannique	72	79
Université McGill	44	67
Université Laval et de Montréal	3	37
Université du Québec à Rimouski	—	11

Source: UQAR, *dossier de présentation du doctorat en océanographie.*

L'écart est important en quantité mais il l'est davantage encore en qualité, lorsque l'on considère que les ressources canadiennes sont en plus très concentrées et coordonnées. Toute la recherche océanographique canadienne, à l'extérieur d'Ottawa, est structurée autour de quelques pôles: l'un dans la région de Vancouver, avec l'Institut d'océanographie de l'Université de la Colombie-Britannique et les grands laboratoires de Pêches et Océans, et d'Énergie, Mines et Ressources-Canada. Un deuxième dans la région d'Halifax — Institut d'océanographie de l'Université Dalhousie, Institut Bedford de Pêches et Océans, Centre des géosciences de l'Atlantique. Un troisième pôle d'exécution de la recherche semble vouloir prendre corps à Terre-Neuve, autour de l'Université Memorial et du Centre des pêcheries de l'Atlantique Nord. Une donnée illustrant bien la portée du mouvement de concentration: le complexe Bedford-Dalhousie regroupe 115 Ph. D. chercheurs-océanographes; l'Institut Bedford est le deuxième plus important centre océanographique d'Amérique du Nord.[2]

Troisième difficulté, enfin, pour le Québec, la plus aiguë probablement: les nouvelles politiques en train d'être appliquées par Ottawa dans le champ de l'océanographie.

Tableau 2

Nombre d'unités de R & D en océanographie recensées au Canada en 1980-81, dans les différents secteurs d'exécution de la recherche

	Secteur universitaire*	Secteur gouvernemental	Secteur industriel
Canada	18	83	69
Québec	4	4	5

* Universités d'accueil, plutôt que départements, centres ou groupes.

Source: Comité canadien d'océanographie, *Répertoire des experts des sciences de la mer au Canada* — 1981.

Tableau 3

Nombre de chercheurs dans les quinze plus importantes unités de recherche fédérales en océanographie au Canada*

Régions	Nombre d'unités	Nombre de chercheurs	Nombre de chercheurs titulaires d'un Ph. D.
Maritimes	6	252	145
Québec	3	21	12
Ontario	1	19	11
Ouest	—	—	—
Colombie-Britannique	5	128	88
Total	**15**	**420**	**256**

* À l'exception des unités localisées à Ottawa.

Source: Comité canadien d'océanographie, *Répertoire — 1981.*

[1] Comité canadien d'océanographie, *Répertoire des experts des sciences de la mer, au Canada* — 1981.

[2] Ibid.

Durant les années '70, le gouvernement fédéral a voulu promouvoir différents projets qui auraient pu favoriser le décollage de l'océanographie québécoise: *Projet du Golfe Saint-Laurent* de 1972, au coût de 40 millions de $, qui devait durer trois ans et impliquer 250 chercheurs et techniciens; *Programme de 1975* de l'Institut Bedford sur le Golfe, qui devait noliser 30 millions de $; études de Pêches et Océans Canada, concernant un Laboratoire fédéral des sciences de la mer pour le Québec.[1] Aucun de ces grands projets ne s'est matérialisé, pour des raisons allant des restrictions budgétaires jusqu'aux problèmes de concertation fédérale-provinciale.

Depuis le déménagement, il y a quelques années, de la Direction régionale de l'Est du Canada de Pêches et Océans de Québec à Moncton, d'aucuns prétendent qu'au plan administratif le Québec se trouve relégué à des fonctions de district secondaire. Le même type de tendance risque d'être observé en matière de recherche.

La nouvelle politique scientifique canadienne dont les orientations ont été établies en 1977[2] a comme objectif, entre autres, de concentrer les efforts de recherche répondant aux «besoins nationaux» dans un petit nombre de «centres d'excellence». L'océanographie de toute évidence, est l'un des premiers secteurs visés par cette politique. Et les «centres d'excellence» concernés ont toutes les chances d'être situés ailleurs qu'au Québec.

Le principal outil d'application de cette politique des centres d'excellence, pour la recherche universitaire en sciences naturelles, est le programme de «subventions thématiques» créé par le CRSNG en 1977. Ce programme comporte six volets thématiques à l'heure présente dont l'un sur les océans, auquel 8.3 millions de $ ont déjà été alloués.

Durant le dernier triennat, quinze universités canadiennes se sont partagé, au titre de ce volet de programme, une enveloppe de 5 millions de $ de subventions individuelles, collectives, ou d'équipement. Le tableau 4 montre que trois universités — celles de Dalhousie, de Colombie Britannique et de Memorial — ont reçu 70% de cette enveloppe. Les universités québécoises n'en ont touché que 12% — les trois établissements francophone, 8%.[3]

Un coup d'oeil rapide sur les contrats adjugés par le ministère des Approvisionnements et Services du Canada pour le compte de Pêches et Océans, permet de déceler les mêmes tendances. En décembre 1981, sur 42 contrats attribués à des firmes ou à des unités universitaires, 33 vont à des projets réalisés dans les régions de Vancouver, d'Halifax ou de St-Jean-de-Terre-Neuve.[4]

Si la politique de concentration des ressources appuyée sur les grands laboratoires gouvernementaux déjà en place et sur certains programmes prioritaires comme celui du CRSNG, est destinée à être poursuivie; si cette politique continue de privilégier pour l'essentiel des pôles d'exécution extérieurs au Québec; alors les unités québécoises d'océanographie sont-elles destinées à garder inéluctablement un rôle mineur à l'intérieur des circuits pan-canadiens de financement et d'exécution de la recherche? Une telle question prend une portée qui dépasse de beaucoup le cadre du présent avis.[5] On ne peut s'empêcher toutefois de l'avoir à l'esprit considérant la démarche paradoxale d'une université qui, bien que ses projets rejoignent directement les priorités du gouvernement fédéral, et soient admissibles en principe à plusieurs programmes de financement institués par ce gouvernement, doit quand même se tourner vers le Québec pour obtenir l'aide nécessaire.

---

[1] Et au moment de rédiger cet avis, projet d'un centre de recherche industrielle en pêcheries, considéré pour Rimouski ou Moncton.

[2] Voir à ce sujet le document no 7 du ministère d'État aux Sciences et à la Technologie intitulé *Financement fédéral de la recherche universitaire: questions importantes,* novembre 1979.

[3] On peut interpréter certes de toutes sortes de façons de tels résultats et leurs causes. Quoiqu'il en soit, le programme du CRSNG poursuivant des objectifs de concentration, et le Québec, des régions les plus intéressées étant celle où les activités sont les moins intégrées et coordonnées, n'y peut faire très bonne figure...

[4] Approvisionnement et Services-Canada, Bulletin — Recherche et développement, no 106, janvier 1982.

[5] Le ministre de l'Éducation a requis l'an dernier un avis du Conseil des universités relatif à l'impact du financement fédéral sur le développement du réseau universitaire et les problèmes de coordination engendrés par ce financement. L'étude du dossier est en cours à la Commission de la recherche.

Tableau 4

Fonds accordés au titre du programme CRSNG — subventions thématiques, volet océans en 1978-79, 1979-80 et 1980-81

	1978-79		1979-80		1980-81	
	N	$	N	$	N	$
Université de la Colombie-Britannique	13	298 000	12	329 000	13	594 000
Université Dalhousie	11	269 000	12	448 000	20	763 000
Université Memorial	4	118 000	7	267 000	9	390 000
Autres universités:						
de la Colombie-Britannique	2	37 000	2	38 000	2	42 000
de l'Ouest	3	71 000	2	80 000	2	26 000
des Maritimes	2	43 000	4	119 000	6	190 000
de l'Ontario	3	33 000	6	143 000	6	174 000
du Québec:	7	222 000	6	193 500	6	214 000
UQAR	2	65 500	1	33 000	2	81 000
McGill	4	102 000	2	56 000	2	60 000
GIROQ	1	54 500	2	54 500	2	73 000
INRS-océanologie	—	—	1	50 000	—	8
Total	**45**	**1 137 000**	**51**	**1 618 000**	**84**	**2 380 000**

Source: *Rapports annuels* du CRSNG

2. La recherche et les études avancées en océanographie dans le réseau universitaire québécois

Le ministre invite le Conseil à évaluer la proposition de l'UQAR compte tenu des activités poursuivies par les autres unités du réseau en océanographie et gestion des ressources maritimes.

Une telle évaluation s'impose d'autant plus que l'UQAR dans sa demande y va de deux affirmations centrales à ce propos, qui restent à vérifier: a) le milieu où elle opère représente déjà, dit-elle, numériquement, «le centre océanographique le plus important au Québec»[1]; b) l'octroi de la subvention demandée devrait lui permettre «à moyen terme de devenir le centre d'excellence en océanographie au Québec.»[2]

Les activités et les ressources des diverses unités

Il existe à l'heure présente quatre unités de recherche océanographique actives dans le réseau[3] lesquelles regroupent une quarantaine de professeurs-chercheurs.

L'Institut d'océanographie de McGill, comprenant une douzaine de chercheurs — voir tableau 5 — majoritairement spécialistes en sciences physiques, a des intérêts scientifiques fort larges: les Barbades, le Grand Nord, le Golfe Saint-Laurent. Les trois membres de l'Institut réalisant l'essentiel de leurs travaux au Québec se sont intégrés au GIROQ dès le début.

Le GIROQ, composé principalement de biologistes — huit chercheurs sur onze — a réalisé depuis 1969 plusieurs programmes de recherche sur la productivité du Golfe et de l'estuaire maritime du St-Laurent. Le groupe poursuit depuis 1976 quelques travaux dans le Nord québécois.

[1] UQAR, *demande de subvention d'action structurante*, p. 8.

[2] Ibid, p. 10.

[3] On fera abstraction pour le moment de la recherche en «gestion des ressources maritimes» ou en sciences socio-économiques de la mer, objet du cinquième volet du plan d'activités déposé par l'UQAR.

L'UQAR — treize océanographes — s'intéresse aussi à la productivité de l'estuaire et à son régime chimique. L'INRS-océanologie — cinq membres — fait de même. Les deux toutefois n'opèrent ni avec la même approche, ni dans les mêmes zones que GIROQ.

Le groupe le plus actif, en océanographie québécoise durant les années '70, est localisé paradoxalement à Halifax — l'Institut Bedford de Pêches et Océans/Canada. Celui-ci a fait office tour à tour, et selon les besoins, de coordonnateur et d'exécutant de travaux, de bailleurs de fonds, de fournisseur de services, dans la recherche sur le St-Laurent. Au symposium de 1978 sur *l'estuaire du St-Laurent*[1] tenu à Rimouski, l'Institut Bedford avait la présence la plus importante à trois chapitres: le nombre de participants; le nombre de communications présentées; le nombre d'articles scientifiques recensés dans la bibliographie de base préparée pour le symposium.

La performance des diverses unités

Des indices utilisés pour évaluer le rendement d'une unité au plan scientifique et académique, les plus usuels ont trait au financement externe de la recherche et aux effectifs étudiants en formation. Voyons brièvement comment se comportent à ce chapitre les diverses unités.

Tableau 5

Spécialisation des professeurs-chercheurs océanographes des quatre unités du Québec en 1981-82

	Sciences de la vie	Sciences physiques	Autre	Total
McGill	4	8	—	12
GIROQ	8	3	—	11
UQAR	2	10	1	13
INRS-océanologie	2	3	—	5

Source: *rapports annuels* des diverses unités.

Premier indice: la proportion des chercheurs, au sein de chaque établissement recevant une subvention annuelle d'un organisme de pairs — en ce cas-ci, le CRSNG. En 1977-78 et en 1980-81 — le taux voisine 100% à McGill et au GIROQ, de même qu'à l'INRS. Il n'est toutefois que de 30 à 40% à l'UQAR — voir tableau 6.

[1] Voir *Le Naturaliste canadien*, vol. 106, no 1, 1979.

Deuxième indice: le montant moyen des fonds externes — subventions et commandites — reçu par les scientifiques de chaque unité. Il est de 65 000 à 70 000 $ par chercheur au GIROQ, de 23 000 $ à l'UQAR, pour les années 78-79 et 80-81 — tableau 7.

L'écart entre Rimouski et le GIROQ en particulier est donc appréciable. Le phénomène avait déjà été relevé par les experts appelés à évaluer le projet de doctorat en océanographie. En fait, le noyau de chercheurs actifs de l'UQAR est mince: six ou sept au total. [2] Si l'on y ajoute les cinq scientifiques de l'INRS, l'on obtient un volume d'effectifs à peine supérieur à celui des deux autres groupes, GIROQ et McGill. L'affirmation selon laquelle Rimouski constitue d'ores et déjà numériquement «le centre océanographique le plus important au Québec» doit donc être nuancée.

Il devient intéressant dans un tel contexte de voir quels moyens entend prendre l'université pour réaliser l'objectif qu'elle met de l'avant et qui est de devenir d'ici cinq ans «le centre d'excellence en océanographie au Québec».

Tableau 6

Nombre de professeurs-chercheurs des quatre unités recevant une subvention individuelle du CRSNG en 1977-78 et 1980-81

	1977-78		1980-81	
	professeurs-chercheurs subventionnés	effectifs totaux	professeurs-chercheurs subventionnés	effectifs totaux
McGill	7	8	8	8
GIROQ	10	11	10	11
UQAR	6	14	4	13
INRS	4	4	5	5

Source: rapports annuels de l'Institut canadien de l'information scientifique et technique.

[2] C'est grosso modo ce que disent les experts consultés en 1980 sur le projet de doctorat. Le dossier de présentation du projet, préparé par l'UQ, signale lui-même que sept professeurs-chercheurs seulement seront habilités à diriger des thèses de doctorat. Les experts, dans leur avis sur la qualité et l'opportunité du projet, remarquent aussi qu'une fraction des professeurs de l'UQAR sont jeunes, ont une faible expérience de recherche et de formation de chercheurs; qu'un certain nombre d'entre eux sont titulaires de diplômes — c.f. 3e cycle en sciences — ayant une valeur inférieure au Ph. D.

Tableau 7

Fonds externes obtenus par les trois unités francophones en 1978-79 et 1980-81

	1978-79	1980-81
GIROQ	720 000 $	775 000 $
UQAR	320 000	309 000
INRS-océanologie	163 000	450 000

Source: rapports annuels des universités ou des unités.

3. Le plan d'activité soumis par l'UQAR, pour l'océanographie et la gestion des ressources maritimes

Dans le plan quinquennal qu'elle a déposé pour le développement de l'océanographie et de la gestion des ressources maritimes, l'université propose grosso modo: i. de doubler le nombre de professeurs actifs dans ses quatre programmes de recherche existants; ii. de mettre en marche le nouveau programme de doctorat, en y inscrivant quatre ou cinq étudiants par an; iii. d'accroître de façon importante les inscriptions au programme de maîtrise; iv. et enfin, de structurer en entier un nouveau programme de recherche, et éventuellement de formation au 2e cycle, en «gestion des ressources maritimes».

Avant même de se prononcer sur la pertinence et la faisabilité des objectifs susmentionnés, il y a à s'interroger sur leur précision. Ainsi il n'est question, pour le moment dans la proposition, que de huit des treize professeurs-chercheurs rattachés au département d'océanographie[1]; que font les autres? Le dossier de présentation du doctorat de 1980 prévoyait une stabilisation éventuelle des inscriptions à la maîtrise, conséquemment à la mise sur pied du programme de 3e cycle[2] ici l'on entrevoit plutôt une augmentation de ces inscriptions. Le présent document réfère à «Rimouski, milieu de recherche», parle «d'un plan de l'UQAR en collaboration avec son principal partenaire, INRS-océanologie[3]. Et pourtant, à le parcourir, on ne voit nulle part le contenu et la portée de l'action concertée UQAR-INRS dans le domaine visé. Le dossier ne fait pas état des ressources de l'INRS, encore moins dit-il comment ces ressources pourraient être mises à profit par l'UQAR.

De même, le plan d'activité concerne théoriquement «la gestion des ressources maritimes». Mais on a du mal à voir la signification de ce thème. L'UQAR se borne à signaler qu'il ne recouvre *pour l'instant*, que les ressources halieutiques.[4] Ce dernier sous-thème est lui-même défini de façon très globale et abstraite, avec la référence à une variété de projets présentés souvent de façon évasive et donnant l'impression d'un fourre-tout.[5]

On pourrait mutiplier les exemples de défauts de précision du dossier, les uns très spécifiques, les autres, au contraire, très globaux. Au total, pour les cinq programmes de recherche, il est question d'une trentaine de chercheurs, les uns océanographes, les autres spécialistes en gestion. Or non seulement ne fournit-on nulle part les données permettant d'évaluer les qualifications, l'expérience d'une grande partie des individus concernés, mais il est impossible aussi de connaître leur contribution actuelle ou virtuelle aux divers programmes et aux activités projetées. C'est là un type d'information élémentaire exigé de tous les requérants auprès des organismes fédéraux ou québécois d'aide à la recherche. Il nous semble que ces règles usuelles d'évaluation devraient s'appliquer aussi au titre des subventions d'action structurante, les objectifs dudit programme fussent-ils encore plus ou moins définis.

Il est certain qu'avec toutes ces imprécisions, la pertinence et la faisabilité du plan proposé par l'UQAR n'en est que plus difficile à apprécier. Surtout que celui-ci concerne un domaine d'activité scientifique et socio-économique dont les vecteurs d'évolution, au Québec, sont encore assez imprécis.

Les besoins du Québec

Les besoins de recherche appliquée en océanographie et sciences socio-économiques de la mer, au Québec, sont nombreux et diversifiés; que l'on pense aux études du régime chimique et de la pollution, à l'évaluation des stocks de poissons, à la planification des aménagements portuaires, à la prévision des impacts des futurs ouvrages hydro-électriques sur l'équilibre écologique marin, etc.

---

(1) Deux autres professeurs, éventuellement, devraient collaborer à des projets. Voir page 13 et suivantes du dossier.

(2) P. 53.

(3) *Demande de subvention*, p. 8.

(4) *Demande de subvention*, p. 5.

(5) *Ibid*, p. 35 et suivantes.

Les besoins de recherche plus fondamentale donnent l'impression eux, d'être quasi-illimités. Toute la recherche océanographique sur le Nord est encore à faire.[1] Celle sur le St-Laurent commence à peine d'être développée. La conclusion du symposium de 1978 à Rimouski étant «que l'on ne possède pas les données fondamentales — en sciences physiques et de la vie — pour bien comprendre les mécanismes estuariens» le premier besoin à cet égard, étant celui «de mesures simultanées dans diverses parties du territoire durant d'assez longues périodes».[2]

Autre grande priorité, la formation de personnel hautement qualifié, d'abord au 3e cycle, et dans les sciences physiques de la mer — physique, chimie, géologie, génie — où le déficit du Québec est considérable — voir tableau 8.

Tableau 8

Nombre de diplômés dans les différentes spécialités de l'océanographie, aux 2e et 3e cycles, au Québec et au Canada, pour la période 1950-1979

	2e cycle		3e cycle	
	Sciences de la vie	Sciences physiques	Sciences de la vie	Sciences physiques
Québec francophone	36	12	1	2
Québec anglophone	45	22	38	6
Autres universités canadiennes	43	103	53	79

Source: UQAR, *dossier de présentation du doctorat en océanographie.*

Comment se prononcer sur la pertinence du plan d'activité déposé par l'UQAR, dans un tel contexte? L'université dit bien avoir élaboré ce plan «en tenant compte des recherches poursuivies par les autres groupes dans le domaine».[3] Doit-on, à l'exemple de certains experts consultés sur le projet de doctorat, lui faire grief d'étudier la même zone que le GIROQ — l'estuaire du St-Laurent —, ou de mettre trop l'accent, comme lui, sur les sciences biologiques de la mer? Il y a là matière à un long débat scientifique — débat qu'il importe d'amorcer dans les meilleurs délais s'il est vrai comme le concluait le mensuel Québec-Sciences à propos du Symposium de Rimouski «que le manque de connaissances de base oblige à aborder tous les aspects du fleuve en même temps et que cela provoque un certain fouillis accentué par le manque d'échange entre les chercheurs, et même par les rivalités entre institutions, rivalités qui semblent cependant s'estomper de plus en plus...»[4]

Soulever le problème de la pertinence, dans un domaine où tout est à faire, et où les ressources d'exécution sont infimes, c'est, on le voit, aborder la question de la concertation, et ce à tous les niveaux: au sein de l'Université du Québec, entre l'UQAR et l'INRS-océanologie, engagés dans un certain nombre de créneaux identiques, et possiblement en concurrence pour l'obtention de nouvelles ressources; à l'intérieur du réseau universitaire, entre les «anciennes» et les «nouvelles» universités; au sein des institutions scientifiques et éducatives québécoises aussi, où l'on trouve certains organismes d'exécution de la recherche virtuellement concernée par la proposition de l'UQAR — que l'on pense à la Direction générale des pêches maritimes du gouvernement du Québec — ou à l'Institut des pêcheries du Collège de la Gaspésie.[5]

Concertation enfin, peut-être même surtout, entre les gouvernements du Québec et du Canada. Ottawa paraît avoir pour politique présente de renforcer les centres d'excellence en océanographie situés ailleurs qu'au Québec. Qui plus est depuis l'extension de la zone maritime canadienne à deux cents milles des côtes, l'on observerait un désengagement progressif des laboratoires scientifiques fédéraux de la section québécoise du St-Laurent, ces derniers travaillant de plus en plus en haute mer. Ces deux tendances, si elles ne sont pas modifiées, auront pour l'océanographie québécoise des conséquences fort négatives sur lesquelles il n'est pas besoin d'épiloguer.

La faisabilité du plan de l'UQAR

Quelques remarques méritent d'être formulées à propos de la faisabilité du plan de développement déposé par l'UQAR; d'abord pour dissiper quelques ambiguïtés du dossier, ensuite pour poser les pre-

[1] Voir le rapport du *Comité d'étude sur la recherche nordique* présenté au Conseil des universités en juillet 1981.

[2] *Le naturaliste canadien*, vol. 101, no 1, p. 7.

[3] *Demande de subvention*, p. 9.

[4] Québec-Sciences, novembre 1978, p. 8.

[5] Le Collège de Gaspésie a déposé récemment au MEQ un plan de développement visant à le faire reconnaître comme centre spécialisé en pêches maritimes, avec, entre autres, une fonction de recherche technique.

miers jalons d'une réflexion d'ensemble sur le devenir de l'océanographie au Québec — réflexion dont le Conseil essaiera, plus loin, de dire quelles devraient être les suites.

L'UQAR ambitionne, légitimement, de devenir le centre d'excellence en océanographie au Québec, pour les études avancées, et dans certains sous-champs de recherche. Il s'agit de savoir suivant quel cheminement et dans quels délais l'université pourra être à même d'exercer cette fonction.

Historiquement, des critères géographiques et socio-économiques ont justifié le choix de Rimouski comme pôle de développement de l'océanographie québécoise. D'aucun, parmi les groupes universitaires déjà à l'oeuvre ailleurs ont pu prendre ombrage d'une telle décision non seulement parce qu'elle faisait abstraction de certaines normes usuelles de mérite, mais aussi parce que, eu égard aux motifs mêmes mis de l'avant par les décideurs — rapprochement du milieu géographique étudié, efficacité logistique — sa valeur pouvait être discutée.[1]

Ce rappel du passé s'impose dans la mesure où il permet de mieux saisir certains problèmes majeurs qui se posent toujours dans le milieu québécois francophone de l'océanographie: problème d'isolement pour l'université nantie nominalement d'une fonction de leadership; problèmes de fragmentation des ressources, reliés à l'existence d'une pluralité d'unités dont les objectifs sont plus ou moins coordonnés, et l'on ne discerne pas encore de point central de ralliement.

Du fait de son éloignement des principaux centres du réseau universitaire, le milieu océanographique de l'UQAR est confronté à toutes sortes de défis: celui, en premier lieu, d'attirer et de conserver des ressources professorales de bon calibre; celui de constituer un milieu attrayant et stimulant pour les éventuels candidats à une formation en recherche. Le réel problème, en cette matière, n'est pas tant d'ailleurs l'éloignement que la petite taille des ressources de l'unité: nombre peu élevé d'océanographes; nombre infime de représentants des différentes disciplines de base, ce sans parler de la faiblesse des effectifs scientifiques dans les départements périphériques des sciences naturelles et de la vie, avec lesquels le milieu des océanographes doit garder des contacts. L'UQAR ne pourra parer aux contraintes susmentionnées que par un effort poussé d'ouverture sur l'extérieur.

Le contenu du dossier présenté par l'université suscite à cet égard quelques craintes. Ainsi quand l'UQAR vante les vertus d'une formation de 2e et 3e cycles poursuivie dans le même établissement[2]; quand elle justifie ses prévisions d'inscriptions en les comparant avec les données médiocres relatives aux programmes d'autres universités québécoises[3]; ou lorsqu'elle évalue ses besoins optimaux en effectifs en disant prendre exemple sur certaines autres universités telles Dalhousie ou U.B.C. — i.e. une quinzaine de professeurs-chercheurs[4].

Il faut savoir, pour s'en tenir au seul dernier exemple, que le groupe d'océanographie de Dalhousie, d'une quinzaine de membres, compte de plus sur le support d'effectifs départementaux importants en biologie marine et en géologie marine; et que l'Institut Bedford se trouvant à sa porte — i.e. 87 Ph. D., à peu près 140 chercheurs — a accès à un bassin d'expertises spécialisées, de services techniques, d'équipements considérables, tant en quantité qu'en qualité, qu'il peut noliser à toutes sortes de fins — de la collecte des données jusqu'à l'organisation de conférences, ou la direction des thèses de doctorat.

Les possibilités de l'UQAR, comparativement à celles de Dalhousie, comme celles des unités québécoises, face à celles du Canada, sont en réalité très modestes. La fragmentation des ressources au Québec accentue les difficultés: trois milieux de formation distincts au 3e cycle; quatre plans de développement de la recherche à peu près coordonnés.

La concertation est quand même possible: la mise sur pied et le développement du GIROQ en donne la preuve. Autre signe porteur d'avenir: les accords noués entre GIROQ et l'INRS-océanologie; depuis plusieurs années, en matière de services à la recherche, bien rodés et donnant satisfaction à tous.

---

[1] Comme le signale l'étude du Conseil des Sciences de 1969, «il est avantageux que les navires et surtout le lourd équipement portuaire, se trouvent près du centre scientifique qu'ils servent. Cependant, (...) deux centres seulement au monde possèdent cet atout, (...). L'obstacle de la dissémination des scientifiques et des technologues est plus important que les problèmes de logistique posés par l'éloignement du lieu d'attache des navires. De nombreux exemples indiquent qu'un petit groupe de scientifiques est frappé de stérilité intellectuelle s'il est séparé d'une collectivité active de leurs pairs». p. 158.

[2] Dossier de présentation du doctorat, p. 35.

[3] Ibid, p. 51.

[4] Ibid, p. 51.

4. Perspectives de développement à court et à moyen termes

Quant au développement de l'océanographie dans le réseau universitaire

L'océanographie, dit-on, représente «un pôle de développement pour le Québec». À court et à moyen termes, il faut voir à préciser la portée d'une telle affirmation en terme d'objectifs et de stratégies d'action. À cet égard, cinq questions au moins requièrent l'attention:

i. **Les besoins du Québec en recheche scientifique et technologique sur les océans**

Ces besoins restent définis de façon assez fluide et donnent l'impression d'être presqu'illimités. Quels sont ceux qui doivent être satisfaits en priorité?

ii. **Le rôle de l'université, les axes de développement des unités universitaires en recherche océanographique**

On se retrouve devant un domaine de recherche orienté; les liaisons entre les unités universitaires et celles des deux autres secteurs — gouvernement, industrie — ne sont pas claires. Les axes de développement de la recherche, dans les quatre principales unités universitaires, exigent également d'être mieux coordonnés.

iii. **La formation du personnel hautement qualifié**

C'est probablement le seul besoin qui, à la fois, se trouve bien défini et fait l'objet d'un consensus. Au 3e cycle, les effectifs exigent d'être accrus; mais ils doivent l'être tout autant au 2e cycle, en sciences physiques de la mer. Aucune des quatre unités de recherche, ou des trois unités de formation en place n'est en mesure de redresser la situation à elle seule. Il faut plutôt une action concertée de la part de toutes, appuyée sur des moyens spéciaux.

iv. **Les problèmes d'infrastructure**

L'océanographie est un domaine de recherche coûteux. L'efficacité de gestion et de coordination des infrastructures influe lourdement sur la qualité et la productivité de la recherche. Il est loin d'être sûr qu'au Québec, dans les trois secteurs d'exécution, et surtout dans le secteur universitaire, l'on soit arrivé à ce chapitre à un régime de fonctionnement optimal.

v. **Le soutien à la recherche, de la part des organismes fédéraux et québécois**

Le Canada est fort avancé en recherche sur les océans. Le Québec, surtout francophone, s'insère tant bien que mal dans le circuit pan-canadien. Est-il destiné à garder un rôle mineur à l'intérieur de ce circuit? Le gouvernement fédéral est-il prêt à investir davantage dans la recherche menée au Québec? Faut-il, au contraire, compter davantage sur le financement venant des organismes québécois — Fonds FCAC, budgets de fonctionnement des universités — qui représente déjà des montants assez considérables?

Les réponses à ces questions requièrent des études qu'il n'était manifestement pas possible de mener dans le court laps de temps qui était imparti au Conseil et elles demandent d'être élaborées en étroite concertation avec les milieux intéressés qui, dans certains cas, débordent manifestement le cadre du milieu universitaire. Le Conseil est disposé à poursuivre ce travail de façon à dégager des objectifs plus précis et des stratégies d'action, comme il l'a fait par exemple pour la recherche nordique. Mais, étant donné l'ampleur du sujet, il souhaite recevoir un mandat clair qui lui permette de solliciter la collaboration des autres intervenants, entre autre du milieu gouvernemental, dans la détermination des besoins et des priorités du Québec en ce domaine.

Aussi,

CONSIDÉRANT les résultats qui se dégagent d'une première analyse de l'état de la recherche et des études avancées en océanographie au Québec.

CONSIDÉRANT les questions qui restent posées au terme de cette analyse, à propos du cadre d'orientation, d'organisation, d'exécution de la recherche et des activités de formation en océanographie, au sein du réseau universitaire.

CONSIDÉRANT, aussi, l'ampleur des questions posées qui requièrent que le Conseil soit doté d'un mandat spécifique.

Le Conseil des universités recommande:

Recommandation 1

(a) Que le ministre de l'Éducation l'autorise à réaliser une étude sectorielle complémentaire sur l'état et les besoins de la recherche en océanographie au Québec;

(b) Que cette étude aborde les cinq questions mentionnées dans le paragraphe précédent, à savoir:

(i. les besoins du Québec en recherche scientifique et technologique sur les océans;

(ii. le rôle de l'université, les axes de développement des unités universitaires en recherche océanographique;

(iii. la formation du personnel hautement qualifié;

(iv. les problèmes d'infrastructure;

(v. le soutien à la recherche océanographique, de la part des organismes fédéraux et québécois;

(c) Que cette étude soit complétée avant juin 1983.

Quant à la demande de subvention d'action structurante présentée par l'UQAR

Compte tenu de l'ensemble des données qui précèdent, il est douteux que l'UQAR atteigne l'objectif mis de l'avant dans le plan quinquennal qu'elle a soumis, à savoir, devenir, à moyen terme, le centre d'excellence en océanographie et gestion des ressources maritimes au Québec. L'université, manifestement, veut aller trop loin, trop vite, dans trop de directions en même temps. Il faut donc répondre négativement à sa demande de subvention.

L'argument susceptible d'être avancé, selon lequel le programme d'action structurante ayant des buts de rattrapage et de développement, il incombe précisément d'en faire bénéficier l'UQAR, ne résiste pas à l'analyse. Il faudrait que l'université précise d'abord, de façon très concrète, ce qu'elle entend développer et comment elle veut s'y prendre. Le plan qu'elle a soumis est beaucoup trop évasif et ambigu à ces deux chapitres.

Aussi,

NONOBSTANT l'absence de définition, de la part du MEQ, des objectifs censés être poursuivis par le programme de subventions dit «d'action structurante».

CONSIDÉRANT la conception que le Conseil se fait du rôle général d'un tel programme, en matière de coordination et de développement de la recherche et des études avancées au sein du réseau, et en conséquence la nécessité d'objectifs précis et de stratégies d'action pour l'ensemble du réseau universitaire québécois dans le secteur concerné.

CONSIDÉRANT le caractère imprécis du plan soumis par l'UQAR au titre d'un tel programme, et les lacunes que l'on peut déceler dans ce plan, eu égard aux critères usuels d'évaluation que l'on vient d'énumérer.

Le Conseil des universités recommande:

Recommandation 2

(Que le ministre de l'Éducation n'agrée pas la demande de financement lui ayant été adressée par l'UQAR au titre du programme d'action structurante pour le secteur de l'océanographie et de la gestion des ressources maritimes.

Quant au devenir de la recherche et des études avancées en océanographie à l'UQAR

À l'étape où elle en est rendue, l'UQAR doit bien davantage se soucier de consolider et de bonifier ses effectifs, ses activités en place, que d'élargir celles-ci à dessein d'avoir plus de visibilité, ou plus d'importance au sein du réseau.

Le Conseil recommandait récemment au ministre de l'Éducation d'accorder un financement spécial à l'UQAR à l'occasion de l'ouverture de son nouveau programme de doctorat en océanographie, ce qui devrait lui permettre de répondre à ses besoins immédiats, en particulier en matière de ressources humaines.

De son aveu même, «le personnel hautement qualifié en océanographie est rare et difficile à recruter».[1] Voici donc pour elle une première tâche urgente.

Mais elle aura, dans les cinq années qui lui ont été allouées pour faire la preuve de la qualité et de la viabilité du nouveau programme — approuvé sous condition — toutes sortes d'autres défis à relever.

[1] Avis de l'Université du Québec sur le programme de doctorat en océanographie.

D'abord, en ce qui concerne le recrutement du personnel, pourvoir à l'embauche d'un ou de quelques scientifiques chevronnés, le noyau de chercheurs de haut calibre dans l'équipe en place étant visiblement très mince. Puis, rationaliser le plan d'effectifs du département d'océanographie, dont plusieurs des 16 professeurs sont presque inactifs en recherche.

Ensuite, pour ce qui a trait à l'utilisation de ce personnel, et au développement de la recherche, accorder la préséance à ce que tous reconnaissent être la priorité: les sciences physiques de la mer, étant entendu que l'océanographie biologique est déjà implantée dans le milieu universitaire francophone. Fait paradoxal, le noyau de scientifiques de l'UQAR habilités à diriger des thèses de doctorat, et spécialisés en sciences physiques (cinq), est à peine supérieur à ce que l'on peut trouver au sein du GIROQ — voir tableau 5. Et en même temps, les programmes de recherche de l'UQAR — de l'avis d'à peu près tous les experts consultés — ont une forte composante en sciences de la vie... Réajuster la trajectoire en ces deux matières, constitue pour l'UQAR un autre très important défi.[1]

C'est pourquoi le Conseil des universités recommande:

Recommandation 3

(Que l'UQAR, à court et à moyen termes, voit
(à consolider les activités déjà en place dans
(le secteur de l'océanographie, et dans cette
(perspective, s'occupe d'asseoir le fonctionnement du nouveau programme de doctorat qui
(vient de lui être attribué, selon les modalités qui suivent.

Recommandation 4

(Que l'UQAR, dans le développement de son
(programme de doctorat et des activités de
(recherche qui s'y relient, voit, conformément
(aux intentions qu'elle a déjà énoncées, à
(donner une nette priorité aux disciplines des
(sciences physiques de la mer.

Recommandation 5

(Que l'UQAR s'occupe de rationaliser le plan
(d'effectifs de son département d'océanographie
(a) en adjoignant à l'équipe de professeurs
(déjà en place un, sinon deux, scientifiques
(chevronnés en océanographie;
(b) en régularisant la situation du personnel
(de ce département étant plus ou moins actif en recherche.

Autre sujet préoccupant: les conditions de formation offertes aux étudiants de doctorat. L'UQAR prévoit 3 ou 4 nouvelles inscriptions à son programme par année. Le GIROQ, de son côté, avance le chiffre de 5 à 8 étudiants, comme clientèle totale de 3e cycle pour les années à venir — tableau 9. Sans commenter ces données, signalons simplement que durant la période 75-80, l'Université Dalhousie, au doctorat, avait des effectifs[2] moyens de vingt-cinq étudiants par année. Le Québec étant peu nanti en ressources scientifiques de qualité, et s'offrant le luxe de maintenir en parallèle trois milieux de formation au doctorat, Rimouski, le plus jeune et le plus éloigné, risque d'en subir des désavantages. Il est probable que l'université attire moins d'étudiants que prévu; ou encore qu'une bonne proportion des inscrits au doctorat aient complété toutes leurs études antérieures à l'UQAR. Dans les deux cas, ce qui était a priori souhaitable devient une obligation absolue, à savoir, recourir aux ressources de l'extérieur pour pallier aux carences du milieu — en invitant des scientifiques des autres universités à collaborer aux activités régulières de l'UQAR; en obligeant aussi les étudiants à séjourner ailleurs pour des cours, des stages, afin d'enrichir et de diversifier leurs apprentissages. L'ouverture sur l'extérieur est le troisième grand défi.

La concertation avec les autres unités représente le dernier. L'UQAR, dans les plus brefs délais, devrait s'efforcer au moins de préparer, avec l'INRS-océanologie, «son principal partenaire», une programmation et un plan d'effectifs conjoints pour la recherche en océanographie.

C'est pourquoi le Conseil des universités recommande:

[1] Plusieurs experts consultés sur le projet de doctorat ont d'ailleurs souligné le besoin de renforcer les effectifs en sciences physiques, et d'abord en physique dynamique et en géologie.

[2] Rapports annuels de la Canadian Association of Graduate Schools.

Recommandation 6

(Que l'UQAR, conformément aux constats posés dans le cadre de l'évaluation du programme, s'occupe de développer la qualité de son régime de formation au doctorat, entre autres par les dispositions suivantes:

(a) en veillant à la rigueur des critères d'admission au programme;

(b) en prenant des ententes formelles avec les autres unités de formation et de recherche actives et reconnues, pour que les étudiants puissent y séjourner et enrichir leur apprentissage de l'océanographie, par des stages, des cours ou d'autres moyens pertinents;

(c) en s'assurant que les ressources humaines les plus qualifiées rattachées aux autres unités collaborent aux activités régulières poursuivies à l'UQAR.

Recommandation 7

(a) Que l'UQAR voit d'ici deux ans à élaborer, avec l'INRS-océanologie, une programmation et un plan d'effectifs conjoints pour la recherche en océanographie;

(b) Que l'université transmette copie de ce plan au MEQ, en même temps qu'un rapport d'étape sur les mesures mises en marche en vue de répondre aux recommandations qui précèdent.

Tableau 9

Prévisions d'inscriptions à la maîtrise et au doctorat, pour les programmes en océanographie et en biologie marine de l'UQAR et du GIROQ, durant la période 1980-85

Nouvelles inscriptions par année	2e cycle	3e cycle
UQAR	de 7 à 12	3 ou 4
GIROQ	8	3
Effectifs totaux		
UQAR	environ 25	13
GIROQ	de 14 à 22	de 5 à 8

Source: plan triennal 1981-84 du GIROQ demande de subvention de l'UQAR

Tableau 10

Nombre de professeurs-chercheurs océanographes recensés au Canada en 1980-81

	Nombre de chercheurs	Nombre d'établissements d'accueil
Maritime	158	4
Québec	47	6*
Ontario	8	3
Ouest	17	2
Colombie-Britannique	74	5

* En distinguant les constituantes de l'Université du Québec.

Source: *Répertoire des experts en sciences de la mer*, 1981.

Avis n° 81.18

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur l'opportunité d'implanter un programme de doctorat en études européennes soumis par l'Université du Québec à Montréal et l'Université Concordia

Dépôt légal — 2e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 18 juin 1982

1. Description de la situation

Lors de sa 137e séance tenue le 18 juin 1982, le Conseil des universités a fait l'examen de la recommandation formulée par le Comité des programmes sur l'opportunité d'implanter un programme de doctorat en études européennes soumis par l'Université du Québec à Montréal et l'Université Concordia.

Il faut signaler que le Comité des programmes avait convenu, à sa réunion régulière du mois de février 1982, de ne pas autoriser l'implantation du programme de doctorat en études européennes. Cette recommandation du comité ne fut cependant pas acheminée au Conseil puisque les deux universités concernées avaient décidé d'en appeler de la décision prise en février.

C'est lors de leur dernière réunion tenue le 9 juin 1982 que les membres du Comité des programmes poursuivirent l'étude du dossier du doctorat en études européennes en analysant principalement le document d'appel produit par l'Université du Québec à Montréal et l'Université Corcordia.

Pour leur part, les membres du Conseil analysèrent l'ensemble des données concernant le doctorat en études européennes et convenaient de formuler la recommandation qui suit.

2. Recommandation

ATTENDU la présentation par l'Université du Québec à Montréal et l'Université Concordia à l'automne 1981 d'un programme de doctorat en études européennes et le document produit par les universités concernées suite à la recommandation du Comité des programmes;

CONSIDÉRANT que l'analyse des besoins, telle que décrite dans le dossier de présentation de programme, ne permet pas de tirer des conclusions sérieuses quant aux débouchés qui s'offriraient aux diplômés éventuels du programme de doctorat en études européennes;

CONSIDÉRANT que, dans la perception actuelle des débouchés, les besoins peuvent être comblés en grande partie par les programmes de doctorat actuels, notamment ceux offerts par l'Université du Québec à Montréal et par l'Université Concordia, tant par leur contenu que par leur approche interdisciplinaire;

CONSIDÉRANT que le niveau de développement de la recherche atteint par le Centre Interuniversitaire d'Études Européennes ne constitue pas une assise solide pour l'implantation d'un programme de doctorat et le fait qu'un développement marqué de la recherche au Centre devrait servir de support intéressant aux programmes de doctorat existants qui abordent l'étude de l'Europe;

CONSIDÉRANT les faiblesses du programme notées par les experts et en particulier:

- le peu d'adéquation entre les objectifs et les activités;
- l'ampleur de l'objet d'études, accentuée par l'absence de thèmes majeurs de recherche;
- l'absence d'une équipe stable au Centre pour assurer aux étudiants l'encadrement interdisciplinaire;

NONOBSTANT l'intérêt que présente la concertation interuniversitaire, lors de l'implantation d'un programme de doctorat dans des domaines où les besoins sont bien identifiés et où cette même concertation peut entraîner l'amélioration de la qualité d'un programme d'études.

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Éducation:

(de ne pas autoriser l'implantation du pro-
(gramme de doctorat en études européennes
(soumis par l'Université du Québec à Mon-
(tréal et l'Université Concordia.

Avis n° 81.19

Avis du Conseil des universités au ministre de l'Éducation sur le programme géré conjointement de maîtrise en gestion de projets de l'Université du Québec

Dépôt légal — 2e trimestre
ISSN — 0709-3985
Québec, le 18 juin 1982

1. Description de la situation

Lors de sa dernière séance tenue le 18 juin 1982, le Conseil des universités a fait l'examen du rapport du Comité visiteur chargé d'évaluer le programme de maîtrise en gestion de projets de l'Université du Québec.

Il est bon de rappeler que ce programme de 2e cycle a été approuvé en 1976 par le Conseil à titre expérimental et que cette approbation était directement reliée à une des recommandations contenues dans le rapport final de l'Opération Sciences Appliquées invitant les universités à offrir un programme de maîtrise en gestion de projets d'ingénierie. Cette recommandation fut cependant un peu élargie afin de permettre aux diplômés en administration de pouvoir s'inscrire au programme en question.

Il faut signaler également que la maîtrise en gestion de projets de l'Université du Québec est un programme géré conjointement auquel participent les quatre unités constituantes suivantes:

- l'Université du Québec à Chicoutimi;
- l'Université du Québec à Hull;
- l'Université du Québec à Montréal;
- l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Des renseignements relatifs au fonctionnement conjoint de ce programme, au mandat confié au comité visiteur ainsi qu'à sa composition, à l'historique entourant le programme, peuvent être obtenus en consultant le rapport dudit comité.

2. Recommandation

Après avoir pris connaissance du rapport et s'être arrêté plus particulièrement sur la recommandation qu'il contient, le Conseil recommande au ministre de l'Éducation, tout comme le proposait le comité visiteur,

(de maintenir pour une période de deux an-
(nées le caractère expérimental rattaché à
(la maîtrise en gestion de projets lors de son
(approbation en juin 1976.

Le comité visiteur a noté au cours de son évaluation un certain flottement au niveau des objectifs du programme, en même temps qu'un élargissement des conditions d'admission. Et il souligne que cet état de fait risque de faire perdre au programme son caractère spécifique, ce qui, en tout cas, lui conférait un intérêt particulier au moment de sa création, c'est-à-dire l'accent mis sur la gestion de projets d'envergure, aux retombées étendues, nécessitant une planification soignée et la prise en considération de multiples variables. «L'élargissement des conditions d'admission a pour conséquence immédiate un recrutement de clientèles dont la formation académique et l'expérience pertinente acquises antérieurement seront si diversifiées que le programme, qui visait au départ à former des spécialistes en gestion de projets, formera plutôt des généralistes» (p. 38).

Le Conseil est d'accord avec cette analyse du comité visiteur et il estime que l'Université du Québec doit lever les ambiguïtés qui ont été observées quant à la nature et au caractère du programme. Ou bien, comme le lui suggère le comité visiteur, l'Université du Québec s'en tient aux objectifs et conditions d'admission qui prévalaient lors de la mise en oeuvre du programme; et alors le Conseil s'attendra, au moment de l'évaluation définitive du programme, à ce qu'elle ait apporté plus de rigueur dans le choix des candidats et qu'en général elle se soit inspirée des recommandations et suggestions du comité visiteur pour améliorer la qualité et le fonctionnement du programme.

Mais, peut-être, l'Université du Québec, en raison des besoins qu'elle perçoit ou de l'état de ses ressources, jugera-t-elle plus opportun de procéder à des modifications de l'orientation même de son programme, de façon par exemple à l'ouvrir à des clientèles plus larges, à le rendre moins spécialisé. De tels changements, qui toucheraient la nature même du programme, requerraient qu'on en réévalue sérieusement l'opportunité en tenant compte des besoins réels qu'il viendrait combler. C'est pourquoi, dans un tel cas, le Conseil s'attendra à recevoir de l'Université du Québec un nouveau dossier qu'il évaluera de la même façon que tout autre nouveau programme.

Au terme du délai de deux années mentionné dans la recommandation ci-dessus, l'Université du Québec devra avoir clairement opté pour l'une ou l'autre des alternatives et adapté ses actions en conséquence, de façon à ce qu'on puisse statuer sur l'avenir à plus long terme du programme.